NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. III
1925.

WALNE DOROCZNE ZEBRANIE
członków
POLSK. TOWARZ. PSYCH.
Warszawa, dnia 13. 7. 25. o godz. 5.20 po południu.

I. Na przewodniczącego Zebrania powołano p. Zagórskiego, na sekretarza — p. Bielawskiego.

Przewodniczący w przemówieniu pełnem wyrazów uznania i czci dla śp. prof. Antoniego Mikulskiego podniósł jego zasługi na niwie społecznej i naukowej, a obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

II. Następnie odczytano **Sprawozdania Zarządu Głównego** z działalności Towarzystwa i jego Oddziałów za rok ubiegły. Z pomiędzy Oddziałów P. T. P., sprawozdania prócz centrali nadesłały: Towarz. Łódzkie, Krakowskie i Wileńskie.

a) ODDZIAŁ ŁÓDZKI:
Przewodniczący: p. Siwiński,
Sekretarz: p. Zylbercwajgowa.

Walne posiedzenia odbywają się co kwartał. Z ważniejszych odbyło się posiedzenie w 1923 r. w sprawie tematów na V-ty Zjazd Psychjatryczny, w 1924 r. — w sprawie organizacji Ligi Higjeny Psychicznej i w sprawie tematów na Zjazd Psychjatryczny w Krakowie na rok 1925., w 1925 r. — w sprawie komunikatu Zarządu Polskiego Tow. Psychjatr., powiadamiającego o zaniechaniu organizowania VI-go Zjazdu w 1925 r. w Krakowie i o zgłoszeniu dymisji Zarządu. Po za walnemi posiedzeniami, odbywają się naukowe posiedzenia Towarzystwa Psychjatrycznego co miesiąc, na których zostały wygłoszone liczne referaty. (Tematy referatów będą podane w sprawozdaniu za rok 1924. z działalności szpitala „Kochanówka").

W lipcu 1925 r., odbędzie się uroczyste posiedzenie Tow. Psychjatrycznego celem uczczenia Charcota w 100-ną rocznicę

urodzin, przyczem referaty wygłoszą: Dr. Bokun-Dokontowa, Dr. Mertz, Dr. Stawirej i Dr. Zylbercwajgowa.

b) ODDZIAŁ KRAKOWSKI:

Przewodniczący: p. R. Zagórski.
Zastępca: p. E. Artwiński — Sekretarz i skarbnik p. W. Stryjeński.

Z końcem roku 1924. Oddział liczył 31 członków. Odbyły się następujące posiedzenia: dnia 15. 4. 24 r.: Stryjeński: Przypadek afazji amnestycznej po zaczadzeniu. Morawski: Pokazy chorych. Dnia 15. 4. 24 r. Walne zebranie Oddziału.

Dnia 30. 5. 24 r. (w Kobierzynie) Morawski i Stryjeński: Pokazy chorych.

Dnia 9. 10. 24 r. tematy na VI. Zjazd Psychjatrów. Wybór Komitetu Organizacyjnego.

Przeciętna ilość obecnych na posiedzeniach: 13 członków.

c) ODDZIAŁ WILEŃSKI:

Członków Oddział liczy 13, (2 członków ubyło — 1 przybył).

Zarząd wybrany 19. 2. 1925 r. stanowią: Władyczko (przewodniczący) i Jankowska (sekretarz i skarbnik).

W ciągu roku 1924 i 25. Towarzystwo odbyło 5 posiedzeń: 3. 11. 24 r., 18. 1. 25 r., 19. 2. 25 r. i 15. 4. 25 r., poświęconych głównie sprawom organizacji opieki psychjatrycznej w Wileńszczyźnie (sprawa szpitala wzgl. kliniki przy ul. Letniej), projektowi zakładu dla nienormalnych dzieci, sprawie opieki psychjatrycznej w zakładzie dla nieletnich przestępców w Nowowilejce, wreszcie sprawie dużego szpitala psychjatrycznego w Wileńszczyźnie i innym miejscowym sprawom.

Na posiedzeniu 15. 3. część naukową wypełnili:

Władyczko: 1) O stosunku ciśnienia wewnątrzgałkowego do wewnątrzczaszkowego.
„ 2) O leczeniu epilepsji.
Falkowski: 1) O zastrzykiwaniu lipodolu do kanału mózgowo-rdzeniowego w celach djagnostycznych.
„ 2) O kapilaroskopji.

d) ODDZIAŁ WARSZAWSKI:

Zarząd Oddziału wybrany dnia 8. 11. 24 r., stanowią: Nelken (prezez), Łuniewski (wiceprezes), Handelsmann (sekretarz).

Liczba członków: było 68 członków, w ciągu roku sprawozdawczego ubyło 3 członków (wyjechali: Religioni, Safian, zmarł Brodecki), przybyło 3 nowych (Naramowski, Dreszer, Matecki), pozostaje 68 członków.

Posiedzeń oddziału odbyło się w roku sprawozdawczym 9, a mianowicie: 2. 10. 24 r., 8. 11. 24 r., 13. 12. 24 r., 10. 1. 25 r., 14 2. 25 r., 4 4. 25 r., 24. 5. 25 r. oraz 6. 6. 25 r.

Wszystkie posiedzenia odbywały się w Klinice Psychjatrycznej, z wyjątkiem posiedzenia dnia 24. 5. 25 r., które odbyło się w szpitalu w Tworkach.

Obecnych na posiedzeniu bywało średnio 27 osób (najmniej 15, najwyżej 32 osoby).

Pokazy i odczyty wygłoszone:

1. Nelken: Przypadek psychozy po postrzale czaszki (11. 10. 24 r.).
2. Łuniewski: Wrażenia psychjatryczne z wycieczki po Jugosławji (11. 10. 24 r.).
3. Handelsmann: Pokaz przypadku psychozy padaczkowej (8. 11. 24 r.).
4. Nelken: Pokaz preparatu ropnia mózgu (8. 11. 24 r.).
5. Wichert: Pokaz dwóch przypadków schizofrenji (8. 11. 24 r.).
6. Kempner: Przypadek wczesnego porażenia postępującego (13. 12. 24 r.).
7. Markuszewicz: Przypadek katatonji o niezwykłym przebiegu (13. 12. 24 r.).
8. „ Przypadek psychopatji z włóczęgostwem (13. 12. 24 r.).
9. Bychowski: Przypadek psychozy kiłowej (10. 1. 25 r.).
10. Bychowski (jun.): Przypadek postaci poronnej schizofrenji (10. 1. 25 r.).
11. Jaroszyński (odczyt): O znaczeniu nadnercza w psychologji i psychjatrji (14. 2. 25 r.).
12. Borsztein (odczyt): Niektóre objawy schizofreniczne w świetle psychoanalizy (14. 3. 25 r.).
13. Higier (odczyt): W sprawie otępienia u dzieci (14. 3. 25 r.).
14. Wichert: Trzy przypadki schizofrenji (4. 4. 25 r.).
15. Dreszer: Pokaz przypadku otępienia starczego z rzadkiemi objawami (4. 4. 25 r.).
16. Steffen: Przypadek sclerosis lateralis amyotrophica z ciekawemi zaburzeniami psychicznemi (24. 5. 25 r.).
17. Bobrowski: Pokaz zaburzeń troficznych u psychicznie chorej (24. 5. 25 r.).
18. Bednarz w/z. Mackiewicz: Pokaz zaburzeń troficznych u psychicznie chorego (24. 5. 25 r.).
19. Jełowiecki: Pokaz zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego (24. 5. 25 r.).
20. Handelsmann: Pokaz dwóch przypadków zaburzeń psychicznych pośpiączkowych z powikłaniami (24. 5. 25 r.).
21. Markuszewicz: Niezwykły przypadek porażenia postępującego (6. 6. 25 r.).

22. Bednarz: Pokaz przypadku z urojeniem niewierności małżeńskiej (6. 6. 25 r.).
„ Pokaz przypadku schizofrenji kryminalnej o niezwykłym przebiegu (6. 6. 25 r.).

Tematy główne na następny Zjazd Psychjatrów Polskich po ożywionej dyskusji, większością głosów, na posiedzeniu dnia 11. 10. 24 r. ustalono następne:

a) Współczesne poglądy na schizofrenję;
b) Potrzeby szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.

Po zorganizowaniu Oddziałów Towarzystwa, których działalność jest całkowicie samodzielna, Zarząd Główny Towarzystwa, za przykładem lat poprzednich — skierował głównie uwagę na organizację dorocznych zjazdów Towarzystwa, po uprzedniem załatwieniu uchwał zjazdowych w wykonaniu polecenia odbytego Zjazdu. Wszystkie prace przygotowawcze do Zjazdu w Krakowie zostały przez Zarząd Główny dokonane. Zjazd nie odbył się z przyczyn niezależnych od Zarządu Głównego.

III. **Sprawozdanie Kasowe z roku 1924 — 1925.**

DOCHODY:

Pozostało z roku zeszłego	170 bon. zł.
	69.413.188 mk.
1 egzempl. „Rocznika“	5.000.000 „
	74.413.188 mk.
Pozostało 74.413.188 mk.: 1.800.000 =	40,— zł.
W P. K O.	0,10 „
100 bonów × 83 gr.	83,— „
70 „ × 1 zł.	70,— „
6 egzempl. „O poczytalności zmniejsz.“	6,— „
Pozostałość ze Zjazdu V	50,— „
Wpłynęło składek na wydawnictwo do P. K. O.	504,— „
% ze składek w P. K. O.	2,15 „
46 „ „ „ po 12 =	552,— „
1 „ „ „ „ 24 =	24,— „
1 „ „ „ „ 15 =	15,— „
Zaliczek wpłynęło na	46,— „
50 składek członkowskich po 3 =	150,— „
Oddział Wileński $^1/_2$ składek =	19,50 „
Sprzedaż pojedyńczych N. N.	30 50 „
Zwrot za odbitki =	171,50 „
Ogłoszenia dały	280,— „
	2043,75 zł.

ROZCHODY:

Rozesłanie uchwał Zjazdu V.	2.000.000 mk.
	2.000.000 mk.

Druki, koperty, papier	61,50	zł.
Listy polecone	2,80	„
Należność manipulacyjna w P. K. O.	1,54	„
Inkaso składek	29,80	„
5 mk. pocztowych po 15 gr.	0,75	„
Wyjazd kolegi Łuniewskiego na pogrzeb prof Mikulskiego	55,—	„
Ekspedycja zawiadomień 105	7,—	„
Znaczki pocztowe dla Oddz. Warszawsk.	24,50	„
Druk „Rocznika“	1300,—	„
Papier	140,—	„
Zawiadomienia	7,41	„
Ekspedycja „Rocznika“	21,10	„
Koperty	3,50	„
Inkaso ogłoszeń	52,—	„
Przyniesienie „Rocznika“	5,—	„
	1711,90	zł.
Dochody:	2043,75	„
Wydatki:	1711,90	„
	331,85	zł.

IV. **Sprawozdanie Wydawcy Rocznika Psychjatrycznego.**

Wydano zeszyt 8-arkuszowy, rozesłano do wszystkich członków P. T. Psychjatr. Wydatki wyniosły 1546 zł. 1 grosz, które zostały pokryte w lwiej części przez członków Towarzystwa za pośrednictwem skarbnika. Różne dochody (ogłoszenia, sprzedaż pojedyńczych numerów) — 479 zł.

Złą stroną wydawnictwa jest lichy papier i okoliczność, że autorzy drukujący nie otrzymali nietylko bezpłatnie odbitek, ale musieli zwracać dość pokaźne sumy za odbitki. Na przyszłość projektowano zorganizowanie wydawnictwa, by autorzy otrzymywali 15 odbitek bezpłatnie, papier do następnych zeszytów będzie lepszy.

Projektowany budżet wydawnictwa:

wydatki (miesięcznie 2 zeszyty po 6 arkuszy) = 1800 zł., które w części mogą być pokryte przez różne dochody (około 600 zł.); 1200 zł. musi dać skarbnik Polsk. Tow. Psych. jako składki od członków.

Towarzystwo liczy 110 członków i jako takie może podtrzymać byt swojego organu.

V. Następuje sprawa **określenia miejsca i terminu VI. Zjazdu** Psychjatrów Polskich.

P. Morawski wyraża żal z powodu nieporozumień, które się wyłoniły w związku z wykonaniem uchwały Walnego Zgromadzenia w Lublińcu w przedmiocie terminu i miejsca zwołania VI. Zjazdu, — i proponuje urządzenie w roku następnym Zjazdu w Krakowie, przez co częściowo przynajmniej wykona się

wolę wzmiankowanego Zgromadzenia. Zgromadzenie postanawia odbyć VI. Zjazd w roku 1926. w Krakowie w czasie Zielonych Świątek.

VI. Ustalono **tematy główne na VI. Zjazd** P. P., któremi są:

a) *Współczesne poglądy na schizofrenję,*

b) *Potrzeby szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce,*

c) *Dziedziczność.*

Referentów do tematów zasadniczych wyłoni, w myśl uchwały Zjazdu w Lublińcu, Zarząd Towarzystwa w porozumieniu z Zarządem Głównym.

VII. Zebranie uchwala jednogłośnie prosić dawny Zarząd Główny, jak też redaktora „Rocznika Psychjatrycznego" i wydawcę o zatrzymanie mandatów na bieżący rok.

VIII. Na członków komisji rewizyjnej obrani zostali pp. Borsztein, Sterling, Wichert.

IX. W wolnych wnioskach poruszono sprawę rozmiarów składek członkowskich Towarzystwa. W dyskusji zabierali głos Handelsmann, Morawski, Łapiński i Zagórski. Uchwalono podnieść składki do 20 zł., co, według opinji wydawcy, wystarczy na wydanie dwóch zeszytów „Rocznika" po 6 arkuszy każdy.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 6,25 po południu. *ob.*

PRACE ORYGINALNE.

ALKOHOLIZM I WALKA Z NIM W POLSCE.

DOC. DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Polacy nie są narodem nadmiernie pijącym wbrew przysłowiu francuskiemu „ivre comme un Polonais" — pijany jak polak.

Powstanie przysłowia odnosiło się zapewne do czasów zamierzchłej przeszłości i przetrwało dotychczas, pomimo, że przeczy prawdzie Statystyka przedwojenna wskazuje, że spożycie alkoholu w Polsce wynosiło w litrach czystego spirytusu na głowę rocznie w b. zaborze rosyjskim 2,0 ltr., w b. zaborze austrjackim 4,38 ltr., w b. zaborze pruskim 4,5 lt. Nie są to cyfry wysokie w porównaniu z Francją — 20,7, Włochami — 15,2, Belgąj — 12,9, Szwajcarją — 12,0, Danją — 11,0, Anglją — 10,6, Niemcami — 9,2. Potwierdzenie tej statystyki znajdujemy pośrednio w wykazach klinicznych o zachorzeniach na podstawie przewlekłego alkoholizmu, które stwierdzają, że przypadki zarówno cirrhosis hepatis, jak polineuritis alcoholica, a przedewszystkiem psychoz alkohol. były stosunkowo rzadkie To samo dotyczy stat. krymin., która rzadko notowała przestępstwa na podstawie alkoholizmu. Wojna, warunki spowodowane przez nią, poprawiły ten stan w sposób jeszcze wyraźniejszy. W b. zaborze rosyjskim z chwilą wybuchu wojny wprowadzono dla całej ludności zakaz bezwzględny wyrobu napojów alkoholowych i ich spożycia, a zapasy przygotowanej uprzednio wódki zniszczono. Zakazu przestrzegano ściśle i wstrzemięźliwość w tym okresie i na tym terenie była całkowita. Podczas zajęcia kraju przez wojska okupacyjne władze rządzące w owym czasie przejściowym utrzymały dla ludności cywilnej zakaz i pilnie przestrzegały zakazu. W dwu pozostałych b. zaborach, austrjackim i pruskim, nie było wprawdzie całkowitego zakazu, lecz brak środków spożywczych sprowadził z natury rzeczy ograniczenie wydatkowania ich na cele wytwarzania alkoholu do minimum. Alkoholizm znikł zupełnie w życiu, klinikach i sądach. Ten stan trwał do czasu powstania własnego państwa. Z tą chwilą bieg życia naszego poszedł pod tym względem w kierunku wstecznym, alkoholizm odżył i rośnie w postępującym stosunku. Ludność pije w sposób wzmożony; alkoholizm nie oszczędza nawet dzieci. Profesorowie psychjatrji i neurologji nie mają trudności w demonstrowaniu alkoholowego materjału kli-

nicznego. Mnożą się przestępstwa popełniane w stanie odurzenia alkoholowego albo wynikłe z podłoża przewlekłego alkoholizmu. Rząd nie kładzie dostatecznej tamy używaniu alkoholu, nakłada tylko wysokie opłaty na alkohol (4 złote od litra 100% spirytusu) i widzi w tem poważne źródło dochodów skarbowych. Ostatnio od 1. stycznia 1925 r. wprowadził monopol spirytusowy, który jeszcze ma podnieść dochody skarbu z tego źródła. Ciężkie położenie finansowe i gospodarcze kraju w dużej mierze tłomaczą takie postępowanie rządu. Trzeba pamiętać, że wojna w Polsce trwała o dwa lata dłużej niż w innych krajach, że podczas wielkiej wojny walec wojennego zniszczenia przeszedł przez znaczną część obecnej Polski niejednokrotnie, lecz parokrotnie przy cofaniach się i ponowych natarciach walczących armji, że niszczono dobytek ludności bezwzględnie, że niszczył nietylko napadający wróg, lecz także i cofający się „swój". Że inwazja bolszewicka zniszczyła może jeszcze bezwzględniej znaczną połać kraju, która zaczęła już podnosić się po klęskach wielkiej wojny. Odbudowywać trzeba było bardzo znaczną jego część powtórnie. Trzeba było budować na nowo spalone osiedla, podejmować ponownie uprawę zapuszczonej roli, odbudowywać zrujnowane koleje, odbudowywać ponownie zniszczone mosty kolejowe, odbudowywać fabryki i warsztaty pracy itd. Wszystkiego tego trzeba było dokonać własnymi środkami narodu bez pomocy postronnej w postaci pożyczki zewnętrznej. Dokonano tego przez inflację papierowego pieniądza, która wprawdzie podważyła podstawy finansowe skarbu i sprowadziła ciężkie obecne przesilenie pieniężne, pozwoliła jednakże na odbudowę kraju, do tej chwili jeszcze niezupełną lecz wykonaną już obecnie w bardzo szerokim zakresie, przekreślającą w dużej mierze ślady wojennego zniszczenia. W tym stanie rzeczy trzeba było zgodzić się z tem, że rząd skutecznej walki z rozszerzającym się alkoholizmem przeprowadzać nie będzie mógł, że cały jego wysiłek będzie szedł w kierunku wyzyskania ad maximum wszelkich źródeł finansowych, przyczem w ich liczbie, za przykładem innych państw zachodnich, dochód z alkoholu nie ostatnie zajmie miejsce. Obowiązek podjęcia walki z temże złem spadł zatem na samo społeczeństwo, ono też obowiązek podjęło i spełnia w miarę sił i środków. Walkę należało rozpocząć oczywiście od stworzenia dla niej prawnej podstawy. W tym celu posłowie a głównie posłanki na sejm ustawodawczy pod wpływem czynników, którym walka z alkoholizmem szczególnie leżała na sercu, wnieśli projekt prawa o ograniczeniach wyrobu i spożycia alkoholu, który po starannem przestudjowaniu w komisji sejmowej (połączona komisja przemysłu, skarbu i zdrowia publicznego) został wniesiony na plenum sejmowe i uchwalony w postaci ustawy w dniu 23. IV. 1920 r. tj. już w drugim roku wskrzeszenia niepodległego Państwa Polskiego. Zastanowiano się poważnie nad tem, czy nie wprowadzić za przykładem Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej zasady całkowitego zakazu jako metody jedynie celowej, skutecznej i radykalnie niszczącej zło, z którem prowadzi się walkę. Postanowiono jednakże od zamiaru odstąpić, zmierzać do celu stopniowo i na początek ograniczyć tylko

spożycie alkoholu, z tem, że w miarę postępu podjętej akcji zaostrzać się będzie walkę coraz bardziej i dopiero w jej ostatecznym wyniku wprowadzi się całkowity zakaz w całym kraju. Doświadczenie państw zachodnich poucza, że walka z alkoholizmem, to zadanie ciężkie. Że alkoholizm tkwi korzeniami w obyczajach narodu, że samo wprowadzenie zakazu do konstytucji nie wystarczy, jeżeli nie zostaną zmienione same obyczaje. Stany Zjednoczone po przeszło stuletniej uprzedniej akcji propagandowej zdecydowały się wprowadzić zakaz i dla tego osiągnęły zarówno tak świetne wyniki pod względem moralnym jak i materjalnym. Posiadały przytem wyrobiony aparat administracyjny i policyjny, którego odrodzone Państwo Polskie nie posiadało i który musi sobie dopiero wyrabiać stopniowo, a wiemy, jak nawet przy bardzo wyrobionym aparacie znaczne są trudności, z któremi czynniki rządowe i samorządowe muszą walczyć przy przeprowadzeniu ścisłem przepisów prawa o zakazie. Tymi względami kierowali się ci, co podejmując hasło walki z alkoholizmem wybrali drogę mniej radykalną w myśl zasady rancuskiej: „on commence toujours par le commancement” dążyli do stopniowego opanowania klęski alkoholowej, chcieli iść drogą powolną lecz pewniej prowadzącą do celu, niż droga radykalna, która nie rokowala nadziei pomyślnego wyniku, a w razie nieudania się narażała na szwank samą ideę.

Zasady, na których oparto Polską ustawę o ograniczeniach wyrobu i sprzedaży napojów alkoholowych są następujące. Ustawa zawiera ograniczenia tylko w stosunku do napojów alkoholowych, których moc przekracza 2½%. Napoje, które zawierają alkohol w ilości mniejszej niż 2½% żadnym ograniczeniom nie podlegają, dla tego np. piwo, które w czasie wojny wszędzie obniżyło zawartość alkoholu i u nas bywa wyrabiane o składzie niższym niż 2½% alkoholu i o ile tej normy nie przekracza, nie podlega żadnym ograniczeniom. Napojów alkoholowych zawierających ponad 45% alkoholu pod żadną postacią dla spożycia sprzedawać nie wolno; sprzedaż napojów sporządzonych ze spirytusu alkoholowego nieoczyszczonego, zawierających fuzle, jest wzbroniona.

Ograniczenia są następ: ustawa wprowadza całkowity zakaz sprzedaży napojów alkoholowych osobom we wieku poniżej lt 21, jak widzimy ograniczenie bardzo znaczne, sięgające dalej niż przepisy podobne w innych ustawach np. angielskie. Bezwzględnie jest wzbroniona sprzedaż alkoholu w obrębie zabudowań stacyjnych, w pociągach, w bufetach kolejowych, na przystaniach i na statkach, w fabrykach i koszarach, w lokalach i boiskach sportowych i gimnastycznych, w domach ludowych i w pomieszczeniu straży ogniowej. Miejsca sprzedaży alkoholu muszą być odległe od świątyń wszystkich wyznań, szkół, więzień, dworców kolejowych, przystani, koszar niemniej jak 100 mtr. w większych miastach i 300 metrów w osadach i wsiach. Nie wolno sprzedawać alkoholu w czasie jarmarku, w dni targowe, w czasie odpustów, wyborów do ciał samorządowych i sejmu, w czasie poboru rekrutów, podczas strajków. Nie wolno sprzedawać alkoholu w budynkach oddanych do użytku

służby publicznej. Pozatem sprzedaż i spożycie alkoholu są zakazane w niedziele i dni świąteczne; zakaz rozpoczyna się w sobotę lub wigilję święta od 3-ciej po południu do poniedziałku lub dnia poświątecznego do 10-tej rana. Liczba miejsc w detalicznej sprzedaży lub wyszynku napojów alkoholowych ogranicza się do jednego na 2500 mieszkańców, przyczem najwyżej połowa z nich ma być przeznaczona do wyszynku. Sprzedawcy hurtowni mogą dostarczać napojów alkoholowych tylko osobom uprawnionym do sprzedaży detalicznej. Sankcje karne przewidywane przez ustawę są: kara pieniężna, areszt (mogą być nałożone jednocześnie) utrata koncesji. Karom ulegają nietylko właściciel zakładu, lecz również służba, która dopuściła się przekroczenia ustawy. Najważniejszem przepisem ze względu na dalsze losy walki z alkoholizmem u nas jest paragraf ustawy, wprowadzającej t. zw. opcję lokalną tj. dający prawo każdej gminie oddzielnej wprowadzania na jej terenie bezwzględnego zakazu zwykłą większością głosów uczestników zebrania gminnego, na którem uchwała zapada. Głosowanie zarządza zarząd gminy bądź z własnej inicjatywy, bądź na żądanie pisemne przynajmniej jednej dziesiątej mieszkańców gminy, którzy ukończyli 21 lat. Zarząd gminy zarządza głosowanie najdalej w ciągu 4 tygodni od daty przedstawionego żądania. Głosowanie odbywa się w dniu świątecznym. Rewizja powziętej uchwały może nastąpić nie wcześniej, jak po upływie lat trzech od wejścia w życie zakazu. Gdy większość $^2/_3$ ogólnej liczby gmin, wchodzących w obręb powiatu, uchwali całkowity zakaz sprzedaży napojów alkoholowych, powiatowa władza gminna powinna zakaz ten rozszerzyć na cały powiat. Jest to przepis dla tego ważny, bo toruje drogę do wprowadzenia całkowitego zakazu w całym kraju. Z chwilą, kiedy większość gmin i powiatów skorzysta z prawa wprowadzenia całkowitego zakazu u siebie, nastanie czas i powstanie możność rozciągnięcia zakazu na całe państwo i zmuszenia opornych do poddania się woli większości. Należy wspomnieć, że istnieje już w Polsce cały szereg gmin, które skorzystały z przepisu prawa i uchwaliły u siebie bezwzględny zakaz. Wprowadzenie w życie uchwały napotyka obecnie jeszcze na trudności, które pociąga za sobą potrzebę odszkodowania dla posiadających licencje, co szczególnie w b. zaborach austrjackim i pruskim napotykało na trudności prawne. Wprowadzenie monopolu państw. załatwiło rzecz tę ostatecznie, lecz musiał być pozostawiony czas pewien na wyrównanie strat, jakie monopol sprowadza posiadaczom licencji. Czas ten będzie krótki, leży to w interesie skarbu, ażeby był jaknajkrótszy. Termin wygaśnięcia koncesji nie jest jeszcze ściśle ustalony, dla różnych dzielnic będzie różny, rozstrzygać będzie o tem Ministerstwo Skarbu. Z ustaniem koncesji prawo opcji lokalnej będzie mogło być w całej rozciągłości urzeczywistniane i znajdzie niewątpliwie szerokie zastosowanie.

Jak widać z powyższego młoda Rzplita Polska w walce z alkoholizmem zdobyła się na ustawę skuteczniejszą niż uczyniły to niektóre starsze od Niej i bardziej doświadczone Siostrzyce.

Oczywiście wykonanie samej ustawy, ścisłość w przestrzeganiu jej postanowień wiele jeszcze pozostawiają do życzenia. Ustawa jest często przekraczana szczególnie co do zakazu spożycia alkoholu w dni świąteczne. Rozmaitemi drogami ten przepis bywa obchodzony, a nasze organy wykonawcze administracyjne i policyjne nie zawsze wykazują należytą energję i sprawność.

Demoralizacja powoj., niedostateczne wdrożenie ludności w obowiązek poszanowania prawa w ogólności, a przedewszystkiem obyczaje, które nakazują każdą uroczystość rodzinną czy ogólną chrzcić alkoholem fałszywie rozumiana gościnność przyczyniają się do tego, że ustawa ograniczająca alkoholizm, ograniczająca go jak widać z powyższego zresztą w sposób dosyć tolerancyjny, nie jest, trzeba to stwierdzić, należycie wykonywana. Przedstawicielstwo narodowe stoi twardo przy ustawie; jest to główną zasługą naszych posłanek sejmowych, które wszystkie solidarnie, bez względu na poglądy polityczne i społeczne wykazują całkowitą jednomyślność w tej sprawie i mocno bronią ustawy. Wskazują to losy dalsze samej ustawy. Ustawa, jak wspomniano powyżej, została wniesiona przez grupę posłów z posłankami na czele. W komisji i na plenum broniły one umiejętnie i energicznie ustawy i przeprowadziły ją dużym wysiłkiem własnym. Oczywiście przeciwnicy walki z alkoholizmem, głównie, rzecz prosta, szynkarze, nie zasypiają gruszek w popiele i prowadzą energiczną akcję za taką nowelizacją ustawy, która wyrwałaby wszystkie jej, jadowite dla nich, zęby. Próbowali osiągnąć ten cel w r. 1922. W tym roku została wniesiona nowela do ustawy z dnia 23. 4. 1920 r., zawierająca szereg przepisów łagodzących w dużej mierze tenor samej ustawy. Skutku zamierzonego projekt noweli nie osięgnął. Ustawa nietylko nie została osłabiona, lecz została zaostrzona, wprowadzono np. przepis o karach za znajdowanie się w stanie nietrzeźwym w miejscach publicznych, czego w poprzedniej ustawie nie było, podniesiono wiek osób, którym nie wolno sprzedawać i podawać alkohol do 21. r. życia, że wymienię zaostrzenia najważniejsze. W tym zaostrzonym kształcie ustawa obowiązuje obecnie i istnieje całkowita pewność, że wszelkie próby podejmowane w celu jej osłabienia, napotkają na zwarty opór kół sejmowych. Zdecydowanym wrogiem alkoholizmu u nas są kobiety, nietylko posłanki sejmowe, lecz wogóle cały świat kobiecy. Zorganizowany w stowarzyszeniach a także niezorganizowany ogół (na wiecach) daje wyraz stanowczemu swemu pragnieniu walczenia z tem złem do ostatka, a jak wiemy, ce que la femme veut, Dieu le veut.

Walka z alkoholizm. u nas nie ogranicza się tylko do terenu sejmow. Podjęło ją i prowadzi również samo społeczeństwo. W pierwszym rzędzie walczących idzie duchowieństwo. Kler katolicki we Wielkopolsce przoduje pod tym względem; od szeregu lat prowadzi żywą propagandę trzeźwości z księdzem prałatem Kazimierzem Niesiołowskim, proboszczem w Pleszewie na czele. Czynny jest i działa na terenie b. zaboru pruskiego „Związek Księży Abstynentów“ w myśl zasady angielskiej „charity beginns at home“. Z inicjatywy i z udziałem kleru działają

w b. zaborze pruskim stowarzyszenia i związki trzeźwości, z nich najpoważniejszy „Wyzwolenie” wydaje własny organ „Świt”. Gorliwego poparcia sprawie zwalczania alkoholizmu udziela J. E. Ks. Arcybiskup Gnieźnieńsko - Poznański Kardynał Edmund Dalbor. W Poznaniu powstała Liga przeciwalkoholowa, która dąży do rozciągnięcia swej działalność na cały kraj. Twórcami i głównymi organizatorami Ligi są ks. Gałdyński i prof. Uniwersytetu Piasecki. Liga organizuje w roku bieżącym na jesień kongres przeciwalkoholowy w Katowicach. Będzie to już V-ty tego rodzaju zjazd. Poprzednie odbyły się w Poznaniu, Warszawie, Lwowie, Tarnowie i Krakowie.

W innych dzielnicach Polski działalność przeciwalkoholowa jest znacznie słabsza. W Warszawie działa towarzystwo „Trzeźwość“. Są organizowane odczyty, pogadanki, wiece dla celów propagandowych. W Warszawie wychodzi pismo o charakterze bardziej pogłębionym, o podkładzie naukowym pod tyt. „Walka z alkoholizmem”, red. i wydawane przez zasłużon. działacza na tem polu p. J. Szymańskiego. Państw. Szkoła Higjeny wprowadza do swych zadań walkę z alkoholizmem. Przy Polsk. Tow. Chemicznem w Warszawie powstał komitet dla popierania technicznego zastosowania alkoholu. Polska jest krajem przedewszystkiem rolniczym. Warunki przemysłu rolnego wymagają dużej produkcji alkoholowej. Rozwinięcie szerszego zastosowania alkoholu w celach technicznych, (oświetlenie, samochody, aeronautyka), zwiększy wewnętrzny rynek zbytu, bez uszczerbku dla zdrowia ludności.

Harcerstwo Polskie, na równi z harcerstwem innych narodow, hołduje zasadzie bezwzględnej abstynencji z tą jednak różnicą, że całkowitymi abstynentami są także u nas i harcerze starsi.

Polska należy do Międzynarodowego Biura Walki z alkoholizmem, mającego swą siedzibę w Lozannie. Z ramienia Polski członkiem rady biura jest wspomniany powyżej p. Jan Szymański.

Polska brała udział w ostatnim międzynar. kongresie przeciwalkoholowym w Kopenhadze, na którym posłanka sejmowa księżniczka Irena Puzynianka w zastępstwie posłanki angielskiej Lady Astor wygłosiła programowy referat, na wezwanie biura kongresu o roli kobiety w parlamencie we walce z alkoholizmem.

Wszystkiego tego oczywiście jest mało w walce z tak wielkiem złem, jakiem jest alkoholizm. Jedno tylko można powiedzieć, że opinja publiczna jest stale uświadamiana o doniosłości zadania, jaką przedstawia walka z alkoholizmem i jej czujność jest ciągle budzona przez czynniki, które w tej walce nie ustają i nie ustaną.

Zapewne upłynie jeszcze dużo czasu, zanim Polska zdobędzie się na całkowity zakaz i będzie mogła zastosować do siebie słowa Edisona o zakazie amerykańskim „że trzeźwa Ameryka stanie się najniebezpieczniejszym współzawodnikiem rynkowym. W przyszłości przed innymi narodami stanie pytanie „trzeźwość“ czy gospodarcza ruina oraz słowa senatora Wesley'a L. Jones'a „Stany Zjednoczone wytworzą rasę wolną od przekleństwa trucizny alkoholowej, staniemy się największą

potęgą pieniężną pomiędzy narodami, ponieważ zachowamy dla siebie to, co inne narody trwonią na napoje alkoholowe. Zakaz napojów alkoholowych zrobi ze Stanów Zjednoczonych największą potęgę finansową, polityczną i moralną świata".

Jednakże Polska idzie wytrwale w tym kierunku. Musi uporać się przedewszystkiem ze swym rozstrojem skarbowym, przestać opierać swój bilans na „pijanym budżecie" (monopol spirytusowy). Kiedy wyjdzie z tych opresji skarbowych potrafi również jak Ameryka, przedewszystkiem drogą opcji lokalnej dojść, jak ona, do całkowitego zakazu. Budzony stale nastrój opinji, zdecydowany, czynny udział kobiet w walce z alkoholizmem są gwarancją, że chwila ta w Polsce niezbyt długo każe czekać na siebie.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN POLOGNE.

DOC. DR. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Les Polonais n'appartiennent pas aux peuples buvants d'une manière excessive. Avant la guerre la consommation d'alcool 100% en litres par an et par tête était dans la partie russe de la Pologne 2,01 l, dans la partie autrichienne 4,38 l., dans la partie prussienne 4,5 l. En même temps ce chiffre était: en France 20,7, en Angleterre 10,6, en Belgique 12,9, en Suisse 12,0, en Danemark 11.0, et en Allemagne 9,2 l. Pendant la guerre le chiffre a encore diminué d'une manière considérable. Aprés la guerre l'alcoolisme est en croissance. La diète a proclammé une loi (20. IV. 1920) introduisante des restrictions dans la vente et dans la consommation d'alcool. Les restrictions concernent seulement les boissans alcooliques au dessus de 2½%. La vente d'alcool au dessus de 45% est interdite. Est interdite la vente des boissons alcooliques aux gens au dessous de 21 ans, dans les casernes, dans les buffets des chemins de fer, dans le voisinage des églises, des écoles, des prisons, pendant les dimanches et les fêtes. L'interdiction commence le samedi à 3 hs et fait durée juqu'à lundi à 10 hs du matin. La vente et la consommation d'alcool sont interdites pendant les élections, pendant la gréve, pendant les pardons, pendant le recrutement. La loi admet l'option locale; chaque commune a le droit d'interdire l'alcool sur son terrain. Il doit être un débit des boissons pour chaques 2500 habitants. La lutte est conduite par la société elle-même. A la tête du mouvement antialcoolique marche le clergé catholique en Posnanie et en Pomeranie. Il ya plusieures sociétés réunies en une Ligue Atialcoolique. On convoque des Congrès, il y en eut 5. Il y a des journaux destinés à la lutte antialcoolique. La Pologne, adhérant au Bureau International contre l'Alcoolisme à Lausanne, a pris part au dernier Congrès International à Copenhague pour combattre l'alcoolisme.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

KILKA UWAG O POTRZEBIE ZREWIDOWANIA NASZYCH POGLĄDÓW W PRZEDMIOCIE SCHIZOFRENJI.

Referat dla XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Warszawie, od 2—16 lipca 1925 r.,

podał
ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Przed 25 laty najczęstszą diagnozą w psychjatrji było rozpoznanie paranoji. W tym też okresie koncepcja Kraepelina otępienia wczesnego, która od r. 1896 zajmuje umysły psychjatrów, zaczęła odbywać swój pochód tryumfalny, wypierając coraz więcej paranoję.

Kraepelin koncepcję swoją oparł na spostrzeżeniu, że cały szereg osób dotkniętych psychozą w młodocianym wieku dochodzi z czasem do okresu końcowego cierpienia objawiającego się otępieniem.

Objawy występujące w otępieniu wczesnem zachodzą nader często w psychopatologji, to też w przeważającej ilości przypadków zachorzenia psychicznego rozpoznawano otępienie wczesne, które tem samem pochłonęło cały szereg postaci chorobowych dawniej uznawanych jako odrębne choroby psychiczne. U wielu autorów dem. praec. obejmowała przeszło połowę ich pacjentów. W niektórych zakładach, także w Dziekance, do 75% chorych nosiło diagnozę „dem. praec.“ zapisaną pod rubryką „psychosis simplex“.

Z diagnozą „dem. praec.“ z reguły łączono niepomyślną prognozę; chorych uważano w zasadzie za nieuleczalnych. Długoletnia obserwacja psychjatryczna wykazała jednakże, że nie wszyscy pacjenci z rozpoznaniem dem. praec. kończą otępieniem; przeciwnie, znaczna ilość chorych rzekomo nieuleczalnych wraca do zdrowia zupełnego po dłuższej lub krótszej, po cięższej lub lżejszej chorobie. Wprawdzie psychoza nieraz przechodzi w ciężki stan wywołujący wrażenie otępienia, albowiem pamięć i sprawność sądzenia są niby zniszczone, tymczasem po pewnym czasie następuje zwolnienie z chorobowych zaburzeń psychicznych i ustala się stan normalny, co nie jest możliwem u pacjentów rzeczywiście dementywnych, tj. takich, u których umysłowość jest bezpowrotnie zniszczoną.

Ponieważ przypadki rozpoznane jako dem. praec. często różnią się między sobą postacią, przebiegiem i zejściem i cecha odrębności wprost rzuca się w oczy, ponieważ nie wszystkie przypadki kończą się demencją, a cierpienie występuje nietylko w wieku młodocianym, wobec czego ani „dementia“ ani „praecox“ nie stanowią kardynalnych cech psychozy, przeto teorja nie odpowiada doświadczeniu i narzuca się wniosek, że w koncepcji otępienia wczesnego coś nie jest w porządku: *albo diagnoza nie jest prawidłowa albo rokowanie nie jest właściwe;* wobec tego okazała się potrzeba zmiany niewłaściwej nazwy powodującej nieporozumienia albo rewizji kryterjów rokowania nieodpowiadającego często rzeczywistości.

Niedostateczne rozgraniczenie, a równocześnie nadmierne rozszerzenie granic psychozy w związku z niewłaściwą nazwą „dem. praec.“ kwalifikującą osoby nie przedstawiające znamion osłabienia umysłowości jako otępiałe, wywołało cały szereg nowych prób ujęcia jądra psychozy i oświetlenia jej od strony wewnętrznej, że wymienię tylko koncepcję Strańskiego i Chaslina. Pierwszy uważał jako cechę zasadniczą otępienia wczesnego ataksję intrapsychiczną czyli dysharmonję między funkcjami psychicznemi, mianowicie intelektualnemi i afektywnemi, o ile niezborność występuje bez pomieszania, drugi nazwał z tych powodów psychozę „folie discordante“.

W r. 1911 pojawiła się koncepcja Bleulera o schizofrenji. Autor, zgłębiwszy bardziej niż jego poprzednicy psychizm chorobowy dem. praec., sprowadził różnorodność objawów klinicznych psychozy do niewielkiej ilości symptomów kardynalnych, a termin „dem. praec.“ zastąpił wyrazem „schizofrenja“, który przyjął się w krótkim czasie w Europie środkowej i wyparł prawie zupełnie nazwę kraepelinowską.

Schizofrenję cechują przedewszystkiem takie objawy jak rozszczepienie osobowości i zerwanie kontaktu ze światem zewnętrznym. Wskutek zasklepienia się w samym sobie pacj. staje się autycznym, żyjąc życiem wewnętrznem, w świecie własnym, urojonym.

Świat wewnętrzny wypełniony jest kompleksami, tj. wspomnieniami i wyobrażeniami o silnym przydźwięku wzruszeniowym.

Według Bleulera zerwanie kontaktu ze rzeczywistością w schizofrenji czyli autyzm jest objawem rdzennym, istotnym, z którego wypływają albo przynajmniej dają się wyprowadzić wszystkie symptomy główne.

Wszelako cały szereg objawów chorobowych występujący w schizofrenji zachodzi także w innych zachorzeniach psychicznych, np. w psychozach intoksykacyjnych i infekcyjnych, w chorobach narządów wewnętrznych i w ciężkich uszkodzeniach tkanki mózgowej, a więc w psychozach symptomatycznych, reakcyjnych, zewnątrz pochodnych i innych.

To też nie dziw, że w schizofrenji różnorodność form jest szczególnie obfita. Znajdujemy w schizofrenji postacie chorobowe, które dawniej uważano za psychopatje, za stany degeneratywne, przypadki

mniej lub więcej niestale, spotykamy chore osoby niezdolne do przystosowania się do otoczenia i z tej przyczyny zaniedbujące rzeczywistość zewnętrzną. Do najlżejszych z tych postaci psychopatycznych należą przypadki, które Bleuler określił mianem „schizophrenia latens", a które odpowiadają mniejwięcej schizoidom Kretschmera.

Grupa Bleulera jest z tego powodu bardzo rozwlekła i obejmuje nietylko postacie chorobowe zestawione w systemie Kraepelina pod nazwą „dem. praec", ale nadto większość psychoz, m. in. także alkoholizm przewlekły, niektóre nieczyste melancholje i manje innych autorów, co Bleuler sam podkreśla, różne psychozy z pomieszaniem omamowem, z urojeniami pokrzywdzenia, psychozy histeryczne, hypochondrje. Żaden objaw histeryczno - neurasteniczny nie jest obcym schizofrenji.

W nadmiernem rozszerzeniu grupy chorobowej Bleuler przewyższył Kraepelina.

Rozrzutne szafowanie diagnozą „schizofrenja" i związane z tem częste omyłki prognostyczne wytworzyły niepewność w ocenie przypadków chorobowych.

Jest rzeczą ustaloną, że w mózgach wielu zmarłych schizofreników stwierdzono zmiany chorobowe; nie były one we wszystkich przypadkach te same.

Wyniki badań antomo-patologicznych są sprzeczne. Według zestawienia P. Schiff'a (L'Encéphale 1924 nr. 7 Quelques travaux récents sur les lésions du system nerveux central dans la démence précoce par Paul Schiff) jedni (Klarfeld, Josephy, Walter) twierdzą, że w schizofrenji kora mózgowa jest naruszona i że zmiany organiczne występują w formie ogniskowej. Buscaino i in. natomiast mniemają, że nie w korze mózgowej, lecz w jądrach szarych centralnych zachodzą procesy chorobowe i zmiany organiczne. Buscaino mówi o naruszeniu włókien nerwowych, Klippel i Lhermitte, Josephy zaprzeczają temu. Autorzy niemieccy uważają schizofrenję jako chorobę natury degeneratywnej. Buscaino upatruje w chorobie wyraz toksyinfekcji z elektywną lokalizacją procesów chorobowych w mózgu.

Badania prof. Dunlok'a natomiast nie wydały żadnych wyników pozytywnych, któreby pozwalały wnioskować, że podstawą schizofrenji jest wogóle organiczna choroba mózgu. Prawie wszyscy autorzy oświadczają, że w dobie obecnej diagnostyka anatomiczna schizofrenji nie może być sprecyzowana; nie umiemy bowiem podać jednolitej formułki anatomicznej odpowiadającej wszystkim przypadkom schizofrenji, ustawienie klasyfikacji różnych postaci schizofrenijnych na podstawie anatomo-patologicznej nie jest jeszcze możliwem. Nie nadszedł czas, ażeby postawić diagnozę mikroskopową schizofrenji jak to się dzieje np. w porażeniu postępującem.

Różnice w poglądach anatomo - patologicznych, od lat wielu akcentowane, sprzeczności w obrazach klinicznych, przedewszystkiem niedokładności i niepewności prognostyczne związane z diagnozą schi-

zofrenji nasunęły już dawno myśl, że schizofrenja przedstawia grupę heterogenetyczną.

Mojem zdaniem różnice pochodzą stąd, że mamy do czynienia nie z jednolitą postacią czy nawet grupą chorobową, lecz z szeregiem odmiennych chorób. Wyniki badań anatomo - patologicznych są różne z tego powodu, że odnoszą się do przypadków należących do różnych typów chorobowych.

Według Bleulera schizofrenja kończy się otępieniem, a otępienie schizofrenijne jest demencją względną, demencją parcjalną, występująca w pewnych okolicznościach, wobec pewnych kompleksów

W uwagach do terminu „otępienie" z wyszczególnieniem terminu „dem. praec." wygłoszonych na Zjeździe w Wilnie sprecyzowałem swój pogląd w przedmiocie otępienia, zaznaczając, że wyraz „otępienie" właściwie powinien być ograniczony tylko do oznaczenia stanów, w których stwierdzono niedający się naprawić zanik wzgl. bezpowrotny ubytek władz psychicznych, jaki znajdujemy w psychozach organicznych korowych np. w porażeniu postępującem.

Schizofrenja nie kończy się bezwzględnie otępieniem. Wyniki badań psychopatologicznych wielu autorów i własne doświadczenia zebrane w licznych przypadkach schizofrenji nie wykazały żadnych momentów, któreby przemawiały za tem, że w schizofrenji władze psychiczne zanikają bezpowrotnie.

W późnych okresach schizofrenji, przy zupełnie zachowanej świadomości, przejawia się wprawdzie nieraz daleko posunięte rozszczepienie psychiczne, które objektywuje się nieporządkiem w zespalaniu pojedyńczych elementów psychicznych, bez wzajemnego związku; dlatego też w przejawach psychicznych schizofreników braknie porządku logicznego tak w formie jak i w treści, który jednak znajdujemy w aktywności psychicznej innych pacjentów nieotępiałych. To rozszczepienie psychiczne wywołuje wrażenie otępienia.

Różnica między otępieniem schizofrenijnem, które właściwie jest tylko pseudootępieniem, a otępieniem organicznem korowem jakie np. znajdujemy w porażeniu postępującem, polega na tem, że w chorobie organicznej korowej wskutek zaniku elementów nerwowych w korze mózgowej pojawiają się w psychice chorego wyłomy, najprzód nieznaczne, później, w miarę posuwania się destrukcyjnego organicznego procesu chorobowego coraz większe, aż w końcu nastaje pustka, której nie da się wypełnić.

Do takiej pustki nie dochodzi u schizofreników. Tu stwierdzamy tylko nieład w przejawach psychicznych, jakby były porozrzucane. Dowodzi tego choćby już ten szczegół, że u schizofreników, którzy przez kilkanaście lat znajdowali się w stanie bezczynności, w stanie niby głębokiego otępienia, możemy wywołać reakcje psychiczne zupełnie prawidłowe, z czego wynika, że elementy psychiczne są zachowane; sprawność zapamiętywania, pamięć, uwaga bierna i czynna, orjentacja, wiadomości nabyte w okresie przedchorobowym istnieją, a wspomnienia róż-

nych przeżyć stanowią nieraz bogatą treść psychiki, co nie ma miejsca w przypadkach ciężkiego otępienia organicznego korowego.

Stopień tej pseudo-demencji schizofrenijnej zależy od zasobów wiadomości i doświadczenia, jakie chory posiadał przed chorobą. Im młodszym pacjent był w chwili zachorzenia, im mniej posiadał wiadomości i doświadczenia życiowego, im dłużej trwała choroba, nie pozwalająca pacjentowi korzystać z wydarzeń życia normalnego, tem mniej chory ma treści psychicznej, tem mniej posiada materjału kojarzeniowego, tem biedniejszym będzie w podeszłym wieku na duchu, tem więcej będzie robił wrażenie osobnika otępiałego, aczkolwiek posiada conajmniej ten sam zasób treści duchowej co przed chorobą. Schizofrenik nawet w końcowym okresie choroby tworzy jeszcze psychizmy. Wprawdzie są to twory dziwaczne tak samo jak senne marzenia człowieka zdrowego, atoli twory te składają się z tych samych elementów psychicznych co psychizmy normalne. Natomiast paralityk w okresie otępienia nie tworzy psychizmów, bo braknie mu potrzebnych do tego elementów, które bezpowrotnie utracił. Różnice między otępieniem organicznem korowem a deprawacją psychiczną schizofrenijną są zasadnicze pod względem anatomo-patologicznym jako też pod względem psychologicznym. To też tak odrębne stany nie powinny nosić tego samego tytułu.

Objawem, któremu przypisuje się zbyt wielkie znaczenie w rozpoznaniu schizofrenji, jest autyzm. Tymczasem obserwacja wykazała, że wiele osób psychicznie chorych, nie cierpiących na schizofrenję, ma tendencje do zasklepienia się i do odosobniania się od otoczenia, albowiem chorzy czują się obcymi w gromadzie, więc żyją na uboczu, życiem własnem, w świecie osobnym, który sobie stworzyli według własnych upodobań. Myśl autyczna rozwija się przeważnie w samotności.

Dużo osobników, dla których psychoza stanowi realizację tendencji do uwolnienia się od przykrej rzeczywistości, zwraca się ku wnętrzu. W dość licznych przypadkach elementy kompleksów afektywnych, mogą być źródłem urojeń fantastycznych stanowiących treść życia wewnętrznego. Często omamy słuchowe powodują zasklepienie się chorego.

Zasklepianie i odosobnianie się, życie własnem życiem wewnętrznem, zerwanie kontaktu ze rzeczywistością, ze światem zewnętrznym, jednem słowem: autyzm da się zauważyć nietylko w schizofrenji, ale także w stanach zamroczeniowych różnego pochodzenia, w pomieszaniu, w bredzeniu. Przetrzymywanie takich chorych w łóżku ułatwia powstanie autyzmu.

Dawniej w Dziekance na każdej sali znajdowało się po kilkunastu autystów. Od czasu usunięcia leczenia pościelowego i zaprowadzenia systematycznych zajęć, obowiązkowych dla chorych i stosowania różnych sposobów, wychowania pacjentów do życia społecznego, przypadki zasklepienia stawały się coraz rzadsze. Obecnie, gdy dla celów statystycznych wypadało spisać autystów, okazało się, że na oddziałach męskich nie było ich wcale,

a na oddziałach żeńskich zapisano tylko 3 autystki. Dochodzenia wykazały, że pielęgniarki nie zajęły się należycie choremi i pozostawiły je w odosobnieniu. Stąd wniosek, że autyzm nie jest objawem pierwotnym, rdzennym, schizofrenijnym, jak to twierdzi Bleuler, lecz objawem schizofrenijnym i wtórnym. Według mojego zdania autyzm jest nieraz wytworem sztucznym, artefaktem powstającym niekiedy u chorych zaniedbanych, pozostających pod wpływem licznych omamów o osobistym akcencie. Autyzm zatem nie powinien uchodzić za objaw istotny, przesądzający rozpoznanie schizofrenji. Tak jak okres końcowy schizofrenji nie jest stanem otępienia, tak autyzm nie jest specyficznym objawem schizofrenji.

Co do rozszczepienia psychicznego wypada zaznaczyć, że rozszczepienie to objawiające się przy pełnej świadomości chorego, najwięcej charakteryzuje psychikę schizofrenijną.

U pacjentów nieschizofrenijnych, niepomieszanych, stosunek władz psychicznych jest harmonijnie ułożony tak, jak u osób psychicznie zdrowych. Wprawdzie można zaobserwować u jednej indywidualności silniejsze zaakcentowanie jednej strony psychicznej, u innej osobowości innej władzy psychicznej, atoli w obu przypadkach władze te nie rozlatują się, lecz są harmonijnie skoordynowane w jednolitą całość.

Człowiek zdrowy, napadnięty przez psa, skoro pozna niebezpieczeństwo grożące mu od zwierzęcia kąsającego, będzie odczuwał lęk, będzie się bronił, będzie wołał o pomoc, będzie uciekał.

Podobnie postąpi paranoik, epilptyk, paralityk, o ile nie znajduje się w stanie głębokiego otępenia, bo tu władze psychiczne działają stosownie.

Schizofrenik natomiast możliwie ewtl. postąpi podobnie, ale możliwie też nie. Kto to wie, jakby schizofrenik zachował się w tym lub owym przypadku. Pod tym względem jest on nieobliczalnym.

U schizofrenika uderza przedewszystkiem brak jednolitości, brak harmonijnego współdziałania władz psychicznych mimo zachowanej świadomości. Nastrój jego często nie odpowiada stanom umysłowym, aktywność nie jest dostatecznie umotywowana ani treścią myślową ani wzruszeniem.

Rogues de Fursac tłomaczy ten objaw rozpadnięciem się molekułu psychicznego, którego składniki — myśl, uczucie i czyn — są w rozwodzie, nie harmonizują z sobą. Natomiast elementy te — a więc ideatywny, afektywny, reaktywny — harmonizują między sobą zupełnie u paranoika i molekuł psychiczny paranoika jest nietknięty.

Stąd wniosek, że tam, gdzie niema rozszczepienia psychicznego, tj. rozpadnięcia molekułu psychicznego, tam gdzie osobowość jest zachowana, o schizofrenji mówić nie wypada.

Osobowość jest zachowana w parafrenji. Kraepelin przyznał jej odrębne stanowisko w systematyce psychjatrycznej, atoli Bleuler skłania się do zdania, że parafrenję należałoby raczej zaliczyć do schizofrenji, a wiele autorów identyfikuje parafrenję z demencją paranoidalną.

A jednak parafrenja nie jest tem samem co dem. paranoides, lecz przedstawia coś zupełnie odmiennego, albowiem w parafrenji niema rozszczepienia psychicznego.

Parafrenja przedstawia psychozę przewlekłą, odpowiadającą dawniejszej formie chorobowej „paranoia hallucinatoria chronica". Cechą jej są urojenia o zmiennej tendencji, zależnie od omamów, których treść zwykle jest groźna i dręcząca.

Charakterystycznym obrazem klinicznym zasługującym na wyszczególnienie jest przedewszystkiem katatonja. Wprawdzie objawy katatoniczne mogą jako symptomy akcesoryjne występować w różnych zachorzeniach psychicznych, także w schizofrenji. Nie chodzi tu atoli o katatoniczne objawy u schizofreników, lecz o nieliczne przypadki chorobowe, zaliczane do schizofrenji, które jednakże różnią się od schizofrenji istotą i które z tego powodu wywołują wątpliwości co do zaliczania ich do schizofrenji.

W przypadkach owych charakterystyczną rolę odgrywają objawy chorobowe cielesne, których zespół zmienia osobę nieraz do niepoznania, podobnie jak się to dzieje niekiedy w porażeniu postępującem. Obserwujemy w katatonji, — bo o tej chorobie mowa — zaburzenia źreniczne, wazomotoryczne, troficzne, odruchy patologiczne, automatyzmy, ubóstwo ruchów zbiorowych. Troszyn wymienia jako objaw najwięcej podpadający hypertensję występującą tak w formie pozytywnej jak i negatywnej, objawiającą się przeważnie w sferze ruchowej osobliwem podnieceniem ruchowem, do czego zaliczyć należy takie objawy jak werbigieracja. W formie negatywnej hypertensja przedstawia się u typów opornych, nieruchomych, niemych, nie przyjmujących pokarmu, nie reagujących na bódźce zewnętrzne. Bielawski, przeprowadzając w pracowni tutejszego Zakładu badania z patologji humoralnej, stwierdził osobliwe zjawiska u katatoników jak odczyn Biernckiego we krwi, zawartość cholesteryny i pozytwny Wassermann w płynie mózgordzeniowym, a doświadczenia kliniczne wykazały u katatoników charakterystyczne zboczenia elektromotoryczne.

Gdy w r. 1874 Kahlbaum opisał katatonję jako jednostkę chorobową, wymienił między objawami istotnymi przedewszystkiem zjawiska nerwowe o charakterze spastycznym i z tego powodu nazwał cierpienie to „Spannungsirresein".

Katatonja jest chorobą rzadką. W ostatnich dwóch latach katatonicy stanowili w Dziekance tylko 2% nowoprzyjętych pacjentów. Wyzdrowienie zachodzi wyjątkowo; *często następuje zejście śmiertelne z katatonji młodych pacjentów, podczas gdy schizofrenja eo ipso nie prowadzi do śmierci.*

Fakty obserwowane w ostatn. latach wykazały wielkie podobieństwo między objawami chorob. w katatonji a w śpiączce nagminej (encephalitis lethargica). Powstanie, rozwój, obraz kliniczny i przebieg katatonji mimo podobieństwa zewnętrznego są jednakże odmienne od odnośnych obrazów w śpiączce letargicznej. Podobieństwo przejawów w sferze zaburzeń

ruchowych pozwala wnioskować, że katatonja tak samo jak encephalitis lethargica jest wyrazem zachorzenia jąder podkorowych; natomiast odmienność typu powstania i przebiegu choroby nasuwa myśl, że niema się tu do czynienia z procesem zapalnym jak w śpiączce nagminnej, lecz ze sprawą degeneratywną. Według mego zdania katatonja przedstawia raczej chorobę konstytucjonalno - degeneratywną umiejscowioną w jądrach podkorowych.

Oprócz katatonji i parafrenji istnieją w systemie schizofrenijnym jeszcze inne formy chorobowe, które przy dokładnem zbadaniu wywołują pewne wątpliwości co do zaliczania ich do schizofrenji, albowiem nie wykazują rozszczepienia psychicznego.

Są to przeważnie psychozy reaktywne różnego pochodzenia, powstałe na tle psychopatycznem, jak stany podniecenia, depresji, pomieszania, psychozy z omamami i urojeniami przemijającemi, które po dłuższem lub krótszem trwaniu ustępują miejsca stanom prawidłowym.

Po wyeliminowaniu z systemu schizofrenijnego parafrenji, katatonji i różnych psychoz reaktywnych, pozostają dwie postacie chorobowe, u których kardynalna cecha schizofrenji tj. rozszczepienie psychiczne najwyraźniej uwydatnia się po myśli szkoły zurychskiej, mianowicie schizofazja i hebefrenja. Wprawdzie podłoże biologiczne i anatomiczne tych chorób nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione, dlatego nic pewnego o tem powiedzieć nie można; tak samo nie można oznaczyć, czy choroby te są bezwzględnie uleczalne lub nie. Pod względem klinicznym wiadomo tylko tyle, że tak w jednym jak i w drugim przypadku cierpienie rozwija się powoli i stopniowo; okresy ostre, burzliwe nie są częste; przebieg choroby jest przewlekły. W skutek braku zainteresowania chorego dla wydarzeń w bliższem i dalszem otoczeniu władze psychiczne z czasem tracą na świeżości, żywotności, bezpośredniości.

Omamy i urojenia o dziwacznej treści mogą się tu i tam pojawiać, nie występują często i są absurdalne, niedorzeczne.

Uderzająca różnica w charakterach tych dwóch postaci chorobowych, mojem zdaniem, nie została dostatecznie uwypuklunona w piśmiennictwie.

Schizofazik jest przeważnie spokojnym, pogodnym, łagodnym, wesołym, zadowolonym, przyjaznym, dobrotliwym, chętnym, pracowitym, sympatycznym, przystępnym, posłusznym, gadatliwym. Jego dziwolągi myślowe i wyrazowe, jego fantastyczne, dziwaczne wyobrażenia wypowiadane bez afektu, czasem tylko jakby z humorem, pobudzają obserwatora do wesołości, do żartów. Pacjent jest uległy, tak że można na niego łatwo wpływać w przeciwieństwie do hebefrenika.

Hebefrenik jest najczęściej złośliwym, gniewliwym, drażliwym, skłonnym do wybuchów gwałtownych, zaczepnym, wyniosłym, aroganckim, niechętnym do pracy, niesympatycznym.

Schizofrenja, pojęta w sposób co dopiero określony, ma granice ścieśnione. Ubyło wprawdzie na ilości i różnorodności przypadków.

Za to pozostałe postacie chorobowe zyskały na wyrazistości i przejrzystości objawów; wskutek tego rokowanie stało się pewniejszem. Możność omyłki prognostycznej zmniejszyła się w znacznym stopniu.

Na tej zasadzie zestawiłem w r. 1921 statystykę i stwierdziłem między nowoprzyjętymi pacjent. 12% schizofreników. Odsetka ta w następnych latach podwyższyła się do 25%, gdy statystykę sporządzono, nie według zasady poprzednio scharakteryzowanej, lecz w myśl postulatów Bleulera. Z biegiem czasu jednakowoż zasada poprzednio wyszczególniona zwyciężyła i obecnie odsetka schizofreników między nowoprzyjętymi pacjentami wynosi 8%.

Wypada zastanowić się nad kwestją, czy stanowisko moje zajęte w przedmiocie katatonji i w sprawie schizofrenji jest słuszne.

Na zeszłorocznym Zjeździe w Lublińcu podczas dyskusji padły z mównicy słowa, zawierające niepomyślną prognozę dla Dziekanki, mianowicie tę, że wysiłki kolegów z Dziekanki, aby katatonję wyłączyć z grupy zachorzeń schizofrenijnych, będą zupełnie bezskuteczne.

Pomijając szczegół, że wyeliminowania katatonji z grupy schizofrenijnej dokonałem już 2 lata przed Zjazdem lublinieckim, wypada zwrócić uwagę na to, że w ostatnim roku pojawiły się w piśmiennictwie zagranicznem, mianowicie francuskiem, publikacje, które świadczą o tem, że autorzy przyśli w przedmiocie katatonji w zasadzie do tych samych wniosków, t. z. że katatonję należy odczepić od schizofrenji.

Lautier wyraził swoją opinję temi słowy: „Nous conclusions c'est que l'on doit séparer les concepts de la catatonie et de la démence précoce et ne pas faire exclusivement de l'une forme de l'autre“. (Annales Médico - Psychologiques 1924, mai — Catatonie et psychose périodique).

Podobną opinję wyraził prof. Troszyn w Pradze, pisząc: „On est obligé de renoncer à la conception de la catatonie de Kraepelin, — „la forme de dem. praec., dans laquelle l'exaltation originale s'unit à la stupeur catatonique“. — comme une conception trop extérieure et trop conditionelle”. (Annales Médico—Psych. 1924, juillet), a P. Guiraud uważa katatonję jako chorobę wyłącznie neurologiczną, nie psychjatryczną i tłomaczy objawy katatoniczne antagonizmem między silnie wzmożonymi automatyzmami a aktywnością dowolną, za słabą ażeby mogła przezwyciężyć automatyzmy; przyczyna objawów chorobowych tkwi w uszkodzeniach szarych jąder centraln. Stany psychiczne katatoniczne według Guiraud'a pochodzą z tego samego źródła, co zaburzenia motoryczne. Autor powołuje się na zdanie Logre'a o śpiączce nagminnej, że w chorobie tej zaburzenia motoryczne przedzierają się do dziedziny psychicznej, t. z. że w mózgu motorycznym, znajdującym się w stanie chorobowego podrażnienia, automatyzmy są wzmożone i podniecenia anideatywne i stereotypowe rozszerzają i rozlewają się jak fala wzburzona na okolice psychiczne mózgu. Mózg psychiczny jest jakby blokowany przez te fale, a jego aktywność ubezwładniona na korzyść czynności mó-

zgu motorycznego. To też wszystkie mięśnie są jakby zapomniane, nieznane i noszone jako ciało obce, dla psychizmów nie istniejące.

Z tego powodu katatonicy nie poprawiają postawy narzuconej, są negatywni; w ten sposób można także wytłomaczyć stereotypje i podobne objawy katatoniczne.

Według zdania Guiraud'a, zaburzenia psychiczne w katatonji nie są natury pierwotnej, kora mózgowa nie jest naruszona. Istotna przyczyna obojętności i depersonalizacji tkwi w zaburzeniach powodowanych uszkodzeniem aparatu kinetycznego.

Guiraud przychodzi do wniosku ostatecznego, że obecnie dominująca teorja katatonji musi być wywrócona. (L'Encephale 1924, nr. 9 — Conception neurologique du syndrome catatonique par P. Guiraud).

Przytoczone co dopiero głosy z piśmiennictwa zagranicznego w przedmiocie odczepienia katatonji od schizofrenji potwierdzają słuszność stanowiska mego ustalonego na podstawie wyników długoletnich badań i doświadczeń, przeprowadzonych systematycznie w Dziekance. Tem samem upada mylna prognoza lubliniecka, skierowana w stronę Dziekanki.

Podobnie ma się sprawa ze schizofrenją. Jak już poprzednio zauważyłem, problem schizofrenji nie jest rozwiązany. Próby, które przeprowadzałem od kilku lat w celach wyświetlenia niejasnej sprawy schizofrenijnej, były owocne pod względem prognostyczno - praktycznym i wykazały, że myśl przewodnia, która nadawała i nadaje kierunek tym próbom, w założeniu nie jest błędna; za granicą, mianowicie we Francji, w ostatnim roku pojawiło się kilka prac, z których wynika, że i we Francji daje się odczuwać potrzeba rewizji koncepcji schizofrenji. Autorzy głoszą tę samą tezę, tj., że schizofrenja musi się rozpaść na poszczególne samodzielne postacie chorobowe.

Na pierwszem miejscu jednakże nie wymienię głosu francuskiego, lecz przytoczę zdanie prof. Bumkego z jego referatu: „Die Auflösung der Dementia praecox", a to dla tego, że autor pochodzi ze środowiska, gdzie kult dla Kraepelina i Bleulera osiągnął szczyt uznania i gdzie myśl psychjatryczna jakby zahipnotyzowana autorytetem dwóch znakomitych uczonych pracuje bezustannie i konsekwentnie w kierunku wskazanym przez twórców nowoczesnej psychjatrji klinicznej.

Bumke kwestjonuje egzystencję psychozy dem. praec., stawiając pytanie, czy wogóle taka postać chorobowa istnieje i przychodzi do wniosku, że można mówić tylko o zewnątrzpochodnych formach reakcyjnych schizofrenijnych (Klin. Wochenschrift, 1924 nr. 11 pag. 437, Berlin).

Mniejwięcej w tym samym sensie brzmi orzeczenie, które wydał Padeano:

Mais, de plus ce que nous avons appelé jusqu'ici démence précoce, ne doit plus être considéré comme une entité morbide, mais au contraire comme un état reconnaisant les causes les plus diverses (syphilis, tuberculose, virus encéphalique, intoxication puerperale etc.)"

(Annales Médico-Psych. 1924, mars. analyses-Le syndrome hébéphreno-catatonique dans l'encéphalite epidémique).

Również Claude, Borel i Robin nie uznają schizofrenji w formie Bleulerowskiej, lecz zacieśnili w znacznym stopniu granice jej i przeprowadzili odmienną charakterologję psychozy. (L'Encéphale 1924 nr. 3, Démence précoce, schizomanie et schizophrénie).

Zacieśnienia granic schizofrenji domaga się Halberstadt; według jego zdania w schizofrenji ustawione są obok siebie odmienne typy chorobowe i tem samem jest uniemożliwione rokowanie (Ann. Méd. Psych. 1924, novembre — La démence paranoide, étude nosologique par le Dr. G. H.).

Według postulatu Cellier'a schizofrenja powinna być rozbita na jednostki chorobowe samodzielne i odrębne (Presse Médicale, 1924 nr. 93, Le démenbrement de la démence précoce par André Cellier).

Lautier wyraża opinję, że schizofrenja nie przedstawia rozpoznania właściwego; diagnoza „schizofrenja" równa się rozpoznaniu halucynacji albo demencji w chorobach psychicznych wzgl. stwierdzeniu febry i bolesności w chorobach somatycznych i żąda rozczłonkowania obszernego syndromu celem ustalenia właściwych odrębnych postaci chorobowych, dla których będzie można łatwiej poszukać podstawy biologiczne i anatomiczne, stałe i istotne. (Ann. Méd. Psych. 1924, tome I. Le démenbrement de la démence précoce par J. Lautier).

Rogues de Fursac odczepił od schizofrenji demencję paranoidalną i przyłączył ją do parafrenji. Jako formy schizofrenijne autor podaje hebefrenję i katatonję.

W Polsce Bornstein już w r. 1916 wyczuł, że nie wszystkie przypadki chorobowe zaliczane do schizofrenji, mają niezatarty charakter schizofrenijny po myśli szkoły zurychskiej i wyodrębnił nową postać, którą nazwał schizotymję reaktywną. W przypadku tym Bornstein słusznie rozpoznał odmienny typ chorobowy. Niestety zamiast formę tę odczepić od schizofrenji, do której nie należy ze względów zasadniczych, Bornstein pozostawił postać tę w systemie schizofrenijnym. Mojem zdaniem psychozy reaktywnej o typie schizotymji Bornsteina nie należy zaliczać do schizofrenji z tego powodu, że niema tu kryterjum kardynalnego, mianowicie rozszczepienia psychicznego, pozatem psychoza mija dość szybko i następuje wyzdrowienie. Oddziaływanie wzajemne poszczególnych władz psychicznych odbywa się w porządku, w odpowiedni sposób.

Prof. Kleist, przeprowadzając nową klasyfikację psychoz schizofrenijnych, postawił ośm gatunków chorobowych, zawierających 17 odmian klinicznych o różnym charakterze, przebiegu i zejściu.

Kraepelin pierwotnie uznawał cztery formy chorobowe, obecnie odróżnia 10 postaci, a w ostatniem swojem dziele oświadczył, że dementia praecox wymaga obszernego opracowania.

Z powyższych uwag uwidocznia się, że sprawa schizofrenji mimo ogromnych zasług Kraepelina i Bleulera około wyświetlenia skompliko-

wanego problemu, nie doszła jeszcze do ostatecznego rozwiązania i że mamy przed sobą trudne, aczkolwiek wdzięczne zadanie współdziałania w pracy około uporządkowania obszernego terenu schizofrenijnego.

Gdy się uda ustawić grupy kliniczne mniejsze od schizofrenji, o prostej, jednolitej, stałej, zrozumiałej strukturze, wtedy będzie wytknięty kierunek dla badań anatomopatologicznych; badania te będą się mogły odbywać z pewniejszą celowością, a wyniki ich z czasem będą zrozumiałe, ustalą się i zwiążą nierozerwalnie z postacią kliniczną. Nadejdzie wtedy okres, w którym z oględzin pośmiertnych, z obrazu histologicznego będziemy mogli rozpoznać niejedną postać chorobową, dla której obecnie diagnoza anatomiczna nie jest możliwa.

Tymczasem błądzimy jeszcze w mgle niepewności diagnostycznej i prognostycznej, którą rozproszyć usiłuje Bleuler swoją teorją o schizoidji jako podłożu fizjologicznem czy raczej psychologicznem dla schizofrenji, opierając ją na koncepcji Kretschmera o charakterze i konstytucji fizycznej. O tę koncepcję wypada potrącić kilku słowami ze względu na przedmiot traktowany, z którym koncepcja Kretschmera się łączy.

Dotychczasowe obserwacje chorych nie potwierdziły zgodności teorji Kretschmera z doświadczeniem klinicznem, albowiem dało się zauważyć zbyt wiele odchyleń od systemu kretschmerowskiego, którego zastosowania nie można było bezwzględnie przeprowadzić. Stanowisko nasze wobec Kretschmeryzmu tymczasem jest jeszcze wyczekujące.

Zatwardziałymi sceptykami w tej kwestji są Halberstadt, Gruhle, Raecke, Ewald i last not least Bumke, prawie wszyscy ziomkowie Kretschmera.

Według zdania Halberstadta kretschmerowski podział ludzi na 3 typy jest zbyt prosty; ilość typów jest bez porównania daleko większa.

Halberstadt charakteryzuje koncepcję Kretschmera raczej jako intuicję artysty, a nie pracę uczonego.

Gruhle widzi w Kretschmeryzmie tylko kontynuowanie teorji Galla, Lavatera i Lombrosa, którzy przedkładali intuicję nad badania naukowe.

Raecke znajduje, że koncepcja schizoidji obejmuje zbyt obszerny zakres, ażeby mogła służyć do różniczkowania psychopatji.

Ewald oświadczył, że raport między schizoidją a schizofrenją nie jest bezsprzecznie ustalony i że poszukiwania Kretschmera nad stosunkiem między charakterem a konstytucją fizyczną pacjenta nie są przekonywujące (cyt. z Annales Méd. - Psych. 1924, novembre, La démence paranoide par Halberstadt).

Bumke we wzmiankowanej poprzednio rozprawie „Die Auflösung der Dementia praecox" odzywa się o koncepcji Kretschmera w ten sposób: „Dazu kommt freilich, dass ich der von Kretschmer, Hoffmann und Bleuler aufgestellten normalen Vorstufe der dem. praec. auch aus Gründen der klinischen und psychologischen Erfahrung durchaus skeptisch gegenüberstehe. Ich habe mich bisher nicht davon überzeugen können, dass die von diesen Autoren für das Schizoid bezw. die Schizothymie in

Anspruch genommenen Charakterzüge etwas anders darstellen als normale Eigentümlichkeiten der menschlichen Seele, die wir überall, wenn auch in verschiedener Ausprägung finden werden, wo wir nach Ihnen suchen. Mir scheint in dieser Hinsicht ein Eingeständnis wichtig zu sein, das Kretschmer selbst gemacht hat: „Wir können das Praepsychotische, das Psychotische und das Nichtpsychotische (bei den Schizoiden) nicht auseinanderhalten". Gewiss nicht, denn der Nichtpsychotische weist schizoide Züge nicht auf, und in die normalen Persönlichkeiten der Geschichte, von denen Kretschmer in diesem Zusammenhange spricht, trägt er sie zu Unrecht hinein.

Przytoczone codopiero głosy świadczą, że koncepcja Kretschmera, aczkolwiek ponętna formą i odpowiadająca teorji Bleulera o schizofrenji, natrafia na sprzeciwy. Czy zdoła ona potwierdzić bez zastrzeżeń i ustalić pogląd bleulerowski w przedmiocie schizofrenji, przyszłość wykaże. Tymczasem wątpliwości zaznaczone w niniejszym referacie nie dają się usunąć za pomocą Kretschmeryzmu. Fakty kliniczne przemawiają dobitniej, niż dedukcja teoretyczna. W każdym razie stwierdzam, że na zachodzie wre ożywiony ruch umysłowy w kwestji, która od 5 lat zajmuje także umysły w Dziekance. Walczą ze sobą dwa obozy, z jednej strony obóz Kraepelino-Bleulerowski, z drugiej strony obóz przeciwny, silnie obwarowany przedewszystkiem we Francji. W obozie francuskim pojawiły się w ostatnim czasie ideje, które w zasadzie nie różnią się od myśli psychjtr. rozwijającej się w Dziekance. Zasadnicza treść tej myśli jest ta, że sprawa schizofrenji wymaga koniecznie rewizji i ponownego oświetlenia w kierunku podziału grupy Bleulerowskiej na poszczególne samodzielne postacie chorobowe. Poddanie tego problemu pod dyskusję jest zadaniem niniejszego referatu.

Hôpital Psychiatrique du Pays de Poznań à Dziekanka.
Directeur Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE LA NECESSITE DE REVISION DU CONCEPT DE LA SCHIZOPHRENIE.

par
ALEXANDRE PIOTROWSKI.

Rapport pour le XII Congrès des Médecins et des Naturalistes à Varsovie, le 12—16. VIII. 25.

La conception Kraepelinienne de la démence précoce contient des cas morbides qui ne sont ni „démence“ ni „précoce“.

Encore plus vaste est le groupe de la schizophrénie de Bleuler.

Les résultats des recherches anatomo-pathologiques des cas de schizophrénie sont contradictoires.

L'emploi dissipant de la diagnose „schizophrénie“, les erreurs et les inexactitudes pronostiques liées souvent à cette diagnose ont créé une incertitude dans l'appréciation des maladies psychiques.

Les différences essentielles des formes cliniques, les contradictions des opinions sur ce sujet, ont produit l'avis, que la schizophrénie représente un groupe hétérogène. Dans la schizophrénie il s'agit de différentes formes morbides et non d'une entité conforme.

Le caractère principal de la schizophrénie est la discordance psychique.

Donc, on ne doit pas considérer comme schizophrénie la paraphrénie, parce que dans cette psychose il n'y a pas de discordance psychique.

On observe dans des cas schizophréniques quelquefois des symptômes catatoniques. Mais la catatonie vraie, en sens de Kahlbaum, diffère essentiellement de la schizophrénie. La catatonie n'est pas une maladie schizophrénique. C'est une grave maladie organique plus neurologique que psychiatrique; elle base sur la dégénération des noyaux gris souscorticaux et se montre principallement dans la sphère somatique. — Beaucoup de symptômes somatiques changent l'extérieur du malade complètement méconnaissable. *Les catatoniques meu-*

rent de la catatonie. Outre la catatonie et la paraphrénie il y a encore d'autres psychoses d'aspect extérieur schizophrénique que l'on ne doit pas considérer comme schizophréniques, parce qu'elles ne montrent pas de discordances psychiques et parce qu'elles sont passagères. Ce ne sont que des psychoses réactives d'origine différente.

Il reste seulement deux formes morbides qui ont le caractère expressif discordant, caractère distinctement schizophrénique en sens de Bleuler, ce sont la schizophasie et l'hébéphrénie.

Ces deux formes morbides ne sont pas nombreuses; à Dziekanka elle font 8% des malades admis.

Les schizophréniques ne deviennent pas déments en sens de démence organique corticale, car ils produisent jusqu'à la fin de leur vie des psychismes, quelquefois bizarres comme des rêves — contenants les mêmes éléments psychiques que l'on trouve dans les psychismes normaux.

Les déments vrais — ce sont les malades souffrants des psychoses organiques corticales comme la P. G., la dém. sénile etc. — ne produisent pas des psychismes faute d'éléments psychiques

La démence est la dégradation de la vie mentale à la suite des destructions du tissu nerveux cortical.

Chez les schizophréniqes il n'y a pas de dégradation de la vie mentale, il y a chez eux seulement de la dissociation de la vie mentale.

La dissociation de la vie mentale n'est pas démence.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka.
Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski

§ 53 USTĘP 3 N. U. K.

Referat dla XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Sekcj. Medecyny Sądowej, w Warszawie

podał

ALEKSANDER PIOTROWSKI.

W sądownictwie polskiem stosowane bywają trzy różne ustawy, mianowicie rosyjska w b. zaborze rosyjskim, austrjacka w Galicji i niemiecka w b. dzielnicy pruskiej. Wszystkie trzy ustawy przyznają przestępcom psychicznie upośledzonym pewne ulgi określone przepisami o poczytalności.

Rosyjska ustawa karna ujęła przedmiot w następujących paragrafach.

§ 39. Czynu karygodnego nie należy sprawcy poczytać, jeżeli przy jego popełnieniu nie rozumiał natury i znaczenia swego działania, lub nie mógł być panem swych czynności z powodu chorobowego zaburzenia swych czynności umysłowych, albo z powodu bezprzytomności, albo z powodu niedostatecznego rozwoju umysłowego, wynikłego z cielesnej ułomności lub choroby.

§ 41. Czynu karygodnego nie należy sprawcy przypisać, jeżeli w czasie popełnienia go ukończył 10-ty, lecz nie 17-ty rok życia i nie rozumiał natury i znaczenia swego działania, lub nie mógł być panem swych czynności.

Austrjacka ustawa mówi o poczytalności i stanach ją uchylających.

§ 2. Czyn lub zaniechanie nie będzie przeto poczytane za zbrodnię, a) jeżeli sprawca jest w zupełności pozbawiony używania rozumu, b) jeżeli czyn popełniono w stanie przemijającego pomieszania umysłu, w czasie gdy ono trwało, albo c) w stanie zupełnego upojenia, wywołanego bez zamiaru popełnienia zbrodni (§ 236 i 253), albo w innym stanie obłąkania, w którym sprawca nie był świadomym swego działania, d) jeżeli sprawca nie ukończył jeszcze 14-stu lat. (§ 237 i 289). Pozatem § 46 opiewa: Powody łagodzące, odnoszące się do osoby sprawcy są: a) gdy sprawca nie ma lat 20-stu, gdy rozum jego jest słaby, lub jego wychowanie było bardzo zaniedbane; b) gdy w gwałtownem ze zwyczajnego uczucia ludzkiego wynikłem poruszeniu umysłu dał się uwieść do popełnienia zbrodni.

Wreszcie niemiecki kodeks karny określa warunki niepoczytalności w § 51.

Nie ma czynu karygodnego, jeżeli sprawca w czasie popełnienia go znajdował się w stanie bezprzytomności, lub chorobowego zaburzenia czynności umysłu, który wykluczał jego kierowanie się wolną wolą.

§ 55. Kto w czasie popełnienia czynu nie ukończył 12 lat życia, nie może być zań ścigany w sposób karno-sądowy.

§ 56. Obwiniony, który w czasie, gdy ukończył 12-sty, lecz jeszcze nie 18 rok życia, dopuścił się czynu karygodnego, jest wolnym, jeżeli przy popełnieniu jego nie posiadał zrozumienia jego karygodności.

Przytoczone paragrafy zawierają tę samą myśl zasadniczą, mianowicie, że poczytalność jest zniesiona wzgl. zmniejszona w razie ciężkiej choroby psychicznej, przemijającej chorobowych zaburzeń psychicznych, w razie afektu patologicznego. Przepisy te są na ogół tak liberalnie ujęte, że można pod nie podporządkować — tak by się przynajmniej zdawało — wszelkie odchylenia przejawów psychicznych od stanów normalnych.

A jednak w praktyce nie zawsze jest to możliwe ze względu na kryterja przepisów ustawowo ściśle określone, które atoli nie wyczerpują różnych możliwości życiowych. Zdarza się niekiedy, że psychjatra ma do czynienia z podsądnym, który pod względem nerwowym i psychicznym jest do pewnego stopnia upośledzony. Defekt psychiczny badanego nie ma jednakże tego nasilenia, ażeby wykluczał lub zmniejszał poczytalność sprawcy w czasie krytycznym. W takim przypadku, mimo niewątpliwego upośledzenia neuro - psychopatologicznego przestępcy, obserwacja sądowo-psychjatryczna nie dostarcza tego materjału patologicznego, który jest potrzebny jako kryterjum do ustalenia niepoczytalności albo poczytalności zmniejszonej sprawcy w myśl przepisów ustawowych. Ekspertyza wtedy kończy się zwykle wnioskiem negatywnym, t. zn., że podsądnego nie można podporządkować pod przepis o niepoczytalności wzgl. że jego poczytalność nie była zmniejszona.

Jeżeli dla braku odpowiednich kryterji stanowiących podstawę stosowania paragrafu o niepoczytalności nie można wydać orzeczenia w sensie pozytywnym, t. zn. stwierdzić niepoczytalność podsądnego, to z drugiej strony nie można zaprzeczyć istnienia u podsądnego upośledzenia neuropatologicznego, które obniża jego wartościowość psychiczną.

Kodeks karny opiera się na zasadach psychologji normalnej, więc nie może być zastosowany w równej mierze wobec osób nienormalnych. Jest jasnem, że osoby nienormalne należy traktować odmiennie, inaczej niż osoby zupełnie zdrowe.

Ciężkie ukaranie osobnika nienormalnego, mało - wartościowego byłoby niesprawiedliwe. Sądy uwzględniają okoliczność tę w miarę możności i dopuszczalności ustawowej.

Jako ilustracje poprzednich wywodów niechaj służą następujące dwa przykłady:

1) B. zeznaje, że w niedzielę, dnia 12. sierpnia 1923 r. wieczorem pomiędzy 8 a 9-tą, w ogrodzie W. został zaczepiony przez wyrostków, którzy za nim wołali obelżywe słowa. Gdy sobie wyprosił zaczepki, otrzymał tak silne uderzenie w głowę, że wystąpił guz. Wskutek uderzenia B. popadł w złość, nie mogąc się opamiętać, wyciągnął rewolwer i wystrzelił w napastnika, potem pobiegł do posterunkowego, ażeby mu sprawę przedstawić; działał w wielkim strachu o życie, bojąc się, że napastnicy pozbawią go życia.

B. podaje dalej, że w 19 roku życia przebył tyfus, że wskutek słabości cielesnej w wojsku nie służył, lecz tylko jako żołnierz-rzemieślnik, podczas wojny z powodu ogólnej słabości do wojska nie był zaciągnięty. Oskarżony od najmłodszych lat czuje się chorym, nerwowym, niezdolnym do pracy, miewa często bóle głowy i jest nadzwyczaj drażliwy. Z błahych powodów wpada w złość i w takim stanie gotów jest zabić człowieka i zniszczyć wszystko, co jest w jego bliskości. Stany takie były dawniej powodem do przymusowego umieszczenia oskarżonego w zakładzie psychjatrycznym Dziekanka.

Z akt tutejszego Zakładu wynika, że B. przebywał w Dziekance od 19. 12. 14 do 2. 2. 1915 r. Świadectwo lekarza powiatowego podaje jako powód internowania, że B. w stanie nadzwyczaj silnego podniecenia groził otoczeniu zakłuciem, że był niebezpiecznym dla otoczenia. Podczas pobytu w zakładzie stwierdzono u B. neurastenję ze stanami wzburzenia.

B. mimo młodego wieku, 42 lata, ma wygląd starczy, jest osiwiały, blady i chudy. Tętnice są stwardniałe, ciśnienie krwi wzmożone, akcja serca przyspieszona. Tętno wynosi 114 uderzeń na minutę i jest chwilami nieregularne. Odruchy kolanowe są wzmożone.

Umysłowość badanego nie wykazuje żadnych grubych zboczeń chorobowych. Natomiast wzruszeniowość jest łatwo pobudliwa. Jeżeli poruszy się temat żywo obchodzący badanego, jak naprzykład niniejsza sprawa sądowa albo jego pochodzenie, oskarżony rumieni się, gestykuluje żywo, mówi szybko i głośno; oczy iskrzą się, ręce drżą.

ORZECZENIE: Wywiady i badania wykazują, że B. jest człowiekiem nerwowym, skłonnym do wybuchów gniewnych i traci panowanie nad sobą. Osoby o typie B. w razie niebezpieczeństwa np. gdy są zaczepieni, łatwo popadają w **przerażenie** i wtedy nie są zdolni do działania rozważnego.

Oskarżony, człowiek nerwowy i drażliwy, z łatwo pobudliwą wzruszeniowością, w chwili, gdy został uderzony w głowę, przestraszył i przeraził się i, strzelając momentalnie, działał w stanie **przerażenia** i przestrachu po myśli paragrafu 53. 3 ustawy karnej.

Sąd uwolnił oskarżonego od winy i kary na zasadzie § 53. 3. n. u. k.

2. M. o zabójstwo (opinja sądowo-psychjatryczna Dr. Bielawskiego.)

Z akt sądowych zasługują na podkreślenie i uprzytomnienie ze względów psychologicznych wzgl. psychopatologicznych następujące momenty:

Str. 1 akt „jestem nerwowy i co się ze mną działo, to ja nie wiem. Przyszli wyrzucać. Ja złapałem sztucer i wołałem, że jak kto wnijdzie i będzie rzeczy wyrzucał, to strzelę. Mówiłem to tylko na postrach. Czy mi sztucer sam puścił, czy z nieostrożności zahaczył cyngiel„.

Str. 1 b. M. oddaje się sam w ręce policji.

Str. 4. b. ... M. z dziwnym uporem nie chciał odstąpić pokoju.

Str. 6. ... kto jego próg przestąpi, tego trupem położy. Powtarzał te słowa może 3, 4 razy".

Str. 7 b. „D. kazał się sprzeciwiać i kazał poodejmować światło w mieszkaniu M."

Str. 10. (Zeznanie M.) „D. dał mi zezwolenie zatrzymać mieszkanie, aż się wyprowadzę. Tymczasem kazał wypróżnić jeszcze jeden pokój ... Ja przez cały czas krzyczałem rozirytowany, że nie mogą wtargnąć przemocą ... gdy się drzwi poczęły otwierać, ja rzuciłem się naprzód, by ciężarem zamknąć takowe. Gwałtownie zirytowany, chwyciłem sztucer wiszący na łóżku ... kto padł, tego nie widziałem, gdyż w chwili zajścia byłem tak zirytowany, że naraz zaczęło mi się w głowie krążyć, tak, iż przedmiotów poszczególnych rozróżnić nie mogłem. Dodaję, iż byłem w nader spotęgowanym stanie w strachu, nie wiedziałem bowiem, czy mnie będą bić, czy rzeczy wyrzucać. Myślałem, że ta wielka ilość ludzi przyszła mnie wyrzucać, ... nie wiedzia-

łem, czy sztucer jest nabity. W chwili zajścia byłem zupełnie bez przytomności. Zaznaczam, iż już często miewałem stany czasowego zaniku przytomności. Stan powstał wskutek przerażenia w związku z bezprawnym wtargnięciem".

Str. 13. b. "Nie pamiętam i podać nie mogę, co stało się z sztucerem".
Str. 16. b. "M. stał widocznie wzburzony i zirytowany, wołając ciągle o strzelaniu".
Str. 17. „Kilka sekund upłynęło, padł strzał".
Str. 17. b. „Przy całem zajściu obwiniony był mocno wzburzony".

Str. 49. (lekarz z Wągrówca) „Leczyłem M. na kiłę II od kwietnia 1923. Zauważyłem w toku badania, iż M. jest w wysokim stopnlu nerwowy. Często w mej obecności, z powodu swej choroby, miał napady rozpaczy, przy czem było widoczne, że jego system nerwowy był nadwyrężony. Zapadnięcie na kiłę działa zazwyczaj ujemnie na system nerwowy. U M. uwydatniło się to w sposób silniejszy, aniżeli to zazwyczaj bywa. Dwa dni przed zajściem otrzymał silny zastrzyk rtęci. Niewątpliwie i to nie pozostało bez wpływu na system nerwowy".

Od żony M. dowiadujemy się, iż tenże już od października zeszłego roku cierpi na głowę. Ostatnie lata był zirytowany. Od czasu jak dostał chorobę pogorszyła mu się pamięć, zapomniał, co ma zrobić, gdzie zostawił jaki przedmiot. Z pracownikami na folwarku często wpadał w stan poirytowania, czasem obił ich kijem. Od pewnego czasu zauważyła zmianę w charakterze męża, który siedzi ze spuszczoną głową bezczynnie; niby myśli, mało co mówi. W ostatnim czasie nastąpiła bezsenność; oskarżony zrywał się w nocy. Coraz gorzej z nim od czasu choroby na kiłę.

Badanie M. w więzieniu śledczem wykazało u oskarżonego pewne cielesne zmiany, świadczące, że proces kiłowy nie ominął również mózgu; opieszałe oddziaływanie źrenic na naświetlenie, zamazana mowa, drżenie silne spuszczonych powiek.

Pod względem psychicznym udało się stwierdzić u badanego pewną słabość umysłową w formie osłabienia pamięci i zdolności krytycznych.

WNIOSKI.

Na podstawie powyższego wynika, iż nie brak danych subjektywnych i objektywnych, że afekt badanego jest w wysokim stopniu pobudliwy. Kiła spowodowała pewne osłabienie władz umysłowych, co przyspiesza i ułatwia wyładowanie afektu, który nie jest dostatecznie opanowany przez czynniki intelektualne.

Wobec powyższego orzekam: posądzony o zabójstwo M. w chwili dokonania karalnego czynu przekroczył obronę konieczną wskutek przestrachu i silnego wzburzenia afektu, którego z powodu osłabienia władz intelektualnych nie mógł w dostatecznej mierze opanować. M. działał z przestrachu i z przerażenia po myśli paragr. 53. 3. k. k.

W chwili dokonania karalnego czynu M. nie znajdował się w takim stanie chorobowego zaburzenia umysłu, który by wykluczał jego wolną wolę po myśli par. 51. k. k.

Sąd uwolnił oskarżonego od winy i kary na zasadzie § 53. 3. n. u. k.

W obu przypadkach mamy przed sobą mniej lub więcej upośledzone osoby, które w obronie swojej powoływały się na okoliczność, że w czasie krytycznym znajdowały się w stanie przerażenia i przestrachu. Stany te niemiecki ustawodawca uznał za wykluczające karalność i myśl ową ujął w formę § 53 ustęp 3 kodeksu karnego, który brzmi:

„Przekroczenie obrony koniecznej nie jest karalne, jeżeli sprawca wyszedł poza granice obrony z przerażenia, obawy lub przestrachu".

Paragraf ten nie mówi nic o stanach chorobowych, nie zawiera żadnych kryterji psychopatologicznych, posiada tylko znamiona psychologiczne, gdyż wyrazy: przerażenie, obawa, przestrach określają prawidłowe przejawy psychiczne, a nie stany psychopatologiczne. Wobec tego, orzeczenie do § 53 n. u. k. może mieć tylko charakter wywodu psychologicznego.

Jeżeli ustawodawca niemiecki przyznaje osobom psychicznie zdrowym ulgi ex re ich poruszonej wzruszeniowości w postaci przerażenia, obawy i przestrachu, to tem więcej musi przyznać ulgi osobom nerwowym i psychicznie upośledzonym, u których wzruszeniowość prędzej, łatwiej i silniej się wzburza. Właśnie osoby nerw. popadają łatwiej w stan przerażenia, przestrachu, jeżeli znajdują się w niebezpieczeństwie i wtedy prędzej niż osoby zdrowe przekraczają dozowolone granice samoobrony. Charakterystyczna w tym względzie jest decyzja Sądu Rzeszy z dnia 8. 10. 1907, rocznik 1909, str. 17, gdzie powiedziano: Jeżeli oskarżony jest człowiekiem nerwowym, powołującym się w celach obrony na nerwowe bicie serca, sąd winien wyraźnie zająć stanowisko w kwestji, czy istnieją przesłanki z § 53, 3 ustawy karnej, i to nawet wtedy, gdy obrońca nie akcentuje bezkarności występku.

Przytoczone powyżej przykłady przedstawiają dwa typy nerwowo i psychicznie upośledzone. Z tytułu samego upośledzenia neuropsychopatologicznego niepoczytalności wzgl. poczytalności zmniejszonej przyjąć nie można, albowiem upośledzenie nie jest tak znaczne, aby wykluczało poczytalność wzgl. ją zmniejszało, zatem pod pojęcie § 51 niemieckiej ustawy karnej (nieprzytomność i zachorzenie psychiczne z wykluczeniem wolnej woli) podsądnych nie da się podporządkować, ponieważ w czasie krytycznym nie znajdowali się ani w stanie nieprzytomności, ani w stanie chorobowego zaburzenia psychicznego, wykluczającego wolną wolę.

Z powodu upośledzenia neuropatycznego wzruszeniowość jest łatwo pobudliwa; przejawy psychiczne jak przerażenie, obawa i przestrach występują prędzej, ich nasilenie w danym razie może osiągnąć wyższy stopień niż to się z reguły dzieje u osób zdrowych. W stanie przerażenia, obawy, przestrachu osoby nerwowe i psychopatyczne nie mogą nad sobą panować tak jak osoby zdrowe. Obaj oskarżeni, osoby nerwowe, psychopatyczne, drażliwe, z łatwo pobudliwą wzruszeniowością, które w chwili, gdy się znajdowały w niebezpieczeństwie, popadły w stan przerażenia i przestrachu i działały pod naporem tych wzruszeniowych czynników, wykazują kryterja z § 53 ustępu 3 niem. ustawy karnej. Wobec tego sąd ich uwolnił od winy i kary.

§ 53, 3 n. u. k. psychjatrom prawie wcale nie jest znany. Ponieważ paragraf nie zawiera nic, coby się mogło odnosić do działalności sądowo - psychjatrycznej, więc psychjatra nie bywa w danych przypadkach pytany o zdanie, chyba że sąd ma wątpliwości co do kwestji niepoczytalności podsądnego i zwraca się do psychjatry po opinję. Jak rzadkie są przypadki, o których tu mowa, świadczą doświadczenia zebrane w Dziekance, gdzie w ciągu 6 lat tylko u dwóch podsądnych stwierdzono kryterja § 53, 3. n. u. k. Prawdopodobnie przypadki takie notowanoby częściej, gdyby przy negatywnej ekspertyzie sądowo - psychjatrycznej pamiętano w odpowiednich razach o ewentl. możliwości istnienia przesłanek z § 53, 3 n. u. k. Dlatego uważam za obowiązek biegłego w razie, gdy podsądny nie wykazuje

kryterji z § 51 n. u. k., a ma przesłanki z § 53, 3. wziąć pod uwagę i poruszyć wobec sądu kwestję tego paragrafu.

Myśli, wyrażonej w przytoczonym codopiero paragrafie, nie zauważyłem ani w ustawodawstwie karnem austrjackiem, ani rosyjskiem, a przynajmniej nie znalazłem żadnej wzmianki o przedmiocie ani w Medycynie Sądowej i Psychopatologji Sądowej Wacholtza, ani w Psychjatrji Sądowej Radziwiłłowicza. Nie wiadomo, czy polski projekt ustawy karnej zawiera podobny przepis, jak § 53, 3 niem. ustawy karnej. Znany jest tylko projekt traktujący o niepoczytalności. Odnośny ustęp przygotowanego projektu (część I. k. k. rozdz. II, „Przestępstwo" art. 10 § 1) brzmi jak następuje: „Nie popełnia przestępstwa, kto w chwili czynu, z powodu choroby psychicznej lub **innego zakłócenia czynności psychicznej,** znajdował się w takim stanie, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu lub stosownie do tego poznania pokierować swem działaniem". Zaś w § 2 rozdziału IX zatytułowanego „Wymiar kary" określone jest pojęcie poczytalności zmniejszonej w taki sposób: „O ile zdolność rozpoznawania lub pokierowania działaniem była zmniejszona, okoliczność tę sąd uwzględnia jako łagodzącą". (Zbiór projektów ustawodawczych Przeglądu Polskiego Ust. cywil. i krym. Załącznik do Zeszytu 1).

Polski projekt kodeksu karnego nie zawiera wyraźnej myśli podobnej do tej, którą obejmuje § 53 3. n. u. k. Przykłady przytoczone możnaby chyba podporządkować pod pojęcie „zakłócenia czynności psychicznej" art. 10 § 1, lecz wydaje się wątpliwem, czyby sąd uznał za słuszne tę interpretację kodeksu, albowiem przerażenie, obawa, przestrach nie stanowią kryterjum pojęcia „zakłócenia czynności psychicznych". Zalecałoby się zatem powyższy przepis z § 53 n. u. k. przejąć do ustawy polskiej, która tem samem wzbogaciłaby się o ważne kryterjum prawodawstwa, a znajomość jego pozwalałaby psychjatrom niejeden przypadek sądowo - psychjatryczny ująć pod innym kątem widzenia jak niepoczytalność.

Że przepis odpowiedni nie jest zbyteczny, ale nawet koniecznie potrzebny, o tem świadczą przytoczone przykłady.

Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ARTICLE 53. 3 DU CODE PENAL ALLEMAND

par

ALEXANDRE PIOTROWSKI.

Rapport pour le XII Congrès des Médecins et Naturalistes. Section de la Médecine Légale à Varsovie, le 12—16 juillet 1925.

* * *

L'auteur discute deux cas médico-légaux, auquels les prescriptions de l'article 53. 3. du code pénal allemand furent appliquées. Les dispositions de cet article disent que la transgression de la défense nécessaire n'est pas punissable lorsque le coupable a dépassé la défense à cause de consternation, se crainte ou d'effroi.

Les deux accusés, se croyant menacés, ont tiré sur leurs adversaires. Devant le juge ils soutenaient qu' au moment d'action ils étaient consternés, qu'ils craignaient pour la vie.

Tous les deux représentent un type neuropathique avec faiblesse intellectuelle peu considérable, mais avec excitabilité affective prononcée.

Les coupables, au moment d'action, ne se trouvaient pas en état d'incoscience ou de maladie mentale avec exclusion de la volonté selon les disposition de l'article 51 du code pénal allemand; aussi leur faiblesse intellectuelle n' a pas suffi pour appliquer les prescriptions de cet article.

Mais l'état de consternation, de crainte, d'effroit, dans lequel se trouvaient sans doute les deux accusés au moment d'action, a permis d' appliquer les dispositions de l'article 53. 3 d'autant plus qu'il est connu, que les personnes nerveuses avec excitabilité affective prononcée tombent en état de consternation, de crainte, d'effroi plus tôt et plus facilement que des personnes tout saines.

Ce ne sont pas tous les médecins-experts qui connaissent les dispositions de l'article 53. 3. Il serait souhaitable que les experts, suivant les circonstances, eussent égard aux prescriptions de cet article surtout dans les cas, où les dispositions de l'article 51 ne soyaient pas applicables.

Les deux exemples cités, ci-dessus montrent parfaitement, que la connaissance des prescriptions de l'article 53. 3. est très importante aussi pour les médecins-experts.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

GŁOS PSYCHJATRY W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH ZASTOSOWANIA PRZEPISU O OCENIE BŁĘDNEJ ZAISTNIENIA OKOLICZNOŚCI FAKTYCZNYCH CZYNU*) (§ 59 k. k.)**)

podał

OSKAR BIELAWSKI.

Przepis, o którym mowa w nagłówku, brzmi:

Jeżeli kto, popełniając przestępstwo, *nie wiedział* o istnieniu okoliczności faktycznych, które należą do ustawowej istoty czynu lub karalność zwiększają, wówczaas tych okoliczności nie należy mu przypisywać.

W razie karania czynów, popełnionych z niedbalstwa, ma przepis ten tylko wówczas znaczenie, jeżeli sama nieznajomość nie jest zawiniona z niedbalstwa.

1) Stan rzeczy, określony w § 59. k. k. uniewinnia tego, *kto nie wiedział* o istnieniu okoliczności, należących do ustawowej istoty czynu lub miał o nich *mylne wyobrażenie*, nie wyklucza notomiast przypisalności czynu z powodu błędu dotyczącego prawa karnego.

2) *Niezgodne* z rzeczywistym stanem rzeczy *przekonanie sprawcy*, które dotyczy okoliczności, wchodzących w skład ustawowej istoty zarzuconego mu przestępstwa podpada pod pojęcie błędu w rozumiewaniu § 59. k. k.

3) Wedle ogólnej zasady prawa karnnego, karze ulega tylko ten, *kto jest świadom okoliczności* składających się na stan faktyczny zarzuconego mu przestępstwa.

Sprawca może *nie wiedzieć*, o istnieniu okoliczności, faktycznych, które należą do ustawowej istoty czynu, — z przyczyn rozmaitych:

Jedne są czysto zewnętrzne i mogą być od sprawcy niezależne (np. osoba, która zawiera małżeństwo z małżonkiem i *niewie* przytem, że ostatni jest zaślubiony, nie podlega karze. § 171). Okoliczności mogą się zmienić przed samem działaniem sprawcy tak, że ostatni *nie jest* o nich nawet *poinformowany*.

---

*) Praca przeznaczona na X-ty Zjazd lekarzy i przyrodników w Warszawie.

**) Cytowane w rozprawie tej paragrafy dotyczą przepisów obowiązujących w b. dz. pr. Analogiczne w ogólności jednak z nimi są również przepisy na innych ziemiach Rz. P.

Wyjaśni to klasyczny przykład kradzieży, gdzie jeden ze sprawców stoi na czatach i *nie wie,* że w ostatniej chwili wspólnik jego zdecydował się dopuścić włamania, co już powoduje odmienną kwalifikację czynu i nowe okoliczności faktyczne, należące do ustawowej jego istoty, o których pierwszy *nie wie.*

Lecz także, *nieznajomość* okoliczności faktycznych, *brak świadomości,* że miały one w danym przypadku miejsce, wzgl. *mylne o nich wyobrażenia,* — mogą być spowodowane już przez to, że wrażenia i spostrzegania, doznawane przez sprawcę, mające stanowić o pewnej okoliczności czynu, — są mylnie przezeń interpretowane. Tu wchodzi już w grę czynnik czysto — psychologiczny, którego analiza może, od czasu do czasu, o ile są ku temu dane, zawadzać o zagadnienie sprawności umysłowej sprawcy. Za przykład mogą służyć tu sprawy o nierządne czyny z osobami nie mającemi lat 14, gdzie decydująca, tu okoliczność wieku może być błędnie przez sprawcę oceniona (§ 176,3 k. k.) Również zbrodnie ujęte w przepisie następnym (§ 177 k. k.): Tu figurują między innemi następujące wyrażenia stanowiące o okolicznościach czynu: *„kto przemocą... zniewala kobietę... pozbawiwszy ją w tym celu własnej woli.* . itd.". W przypadkach, gdzie się ma do czynienia ze sprawcą już cokolwiek upośledzonym psychicznie, jakże trudno jest niekiedy ustalić przy ekspertyzie psychjatrycznej, że ostatni miał świadomość okoliczności dokonania *„przemocy"*, zabronionej prawem i *„zniewolenia"* kobiety do znoszenia pozamałżeńskiego obcowania, kiedy już naturalny akt znamionuje się aktywnością z odcieniem przemocy (w znaczeniu potocznem słowa), mężczyzny a biernością kobiety.

Dalej, komentarz 3. do tego paragrafu brzmi:

> Przedmiotem zbrodni zgwałcenia może być każda niewiasta, bez względu na jej moralne kwalifikacje i bez względu na to, jaki ją poprzednio z gwałcicielem łączył stosunek; w tej mierze bowiem ustawa żadnej nie czyni różnicy.

W sferach najniższych i mętach społeczeństwa, gdzie tego rodzaju zbrodnie są nader rozpowszechnione, poziom inteligencji jest niski wogóle, a często nie dopisuje też z przyczyn natury chorobowej tak, że okoliczność komentowana przez prawo, jak powyżej, nie zawsze przedstawia się jasno oskarżonemu o zbrodnię z § 177 k. k. Widzimy, że już przytoczone przypadki, choć nie mają nic wspólnego z pojęciem poczytalności, jednak zawierają zagadnienia w których znawca niedomagań duszy ludzkiej (chociażby w najsłabszych ich przejawach) jest kompetentny i może służyć sądowi fachowemi wyjaśnieniami.

Gdzie budowa przepisu, a tem samem określenie okoliczności składających się na stan faktyczny czynu, jest pod względem psychologicznym ujęta bardziej subtelnie, a niekiedy i zawiele, wystarcza już wcale nieznaczne upośledzenie psychiczne

sprawcy, by spowodowało ono wzgl. przyczyniło się do „błędów w ocenie zaistnienia okoliczności faktycznych czynu, lub — mylnego o nich wyobrażenia“. Praktyka sądowo-psychjatryczna dostarcza na ten temat dość bogaty materjał kazuistyczny przy zastosowywaniu przepisów o przestępstwach: przeciw obyczajności, krzywoprzysięstwu, fałszywemu obwinieniu zniewadze i innym. A znawca psychjatra przed sądem winien, zdaniem naszem, w tych właśnie częstych przypadkach, gdzie sama sprawa poczytalności nie jest bynajmniej podaną w wątpliwość,— lecz gdzie umysłowość sprawcy z tytułów psychjatrycznych jest tego rodzaju, że utrudnia mu zdanie sobie dokładnej sprawy z zaistnienia okoliczności faktycznych, — wskazać na to sądowi.

Dla ilustracji dopiero co powiedzianego pozwolę sobie na przytoczenie w skróceniu przykładu z własnej praktyki sądowej.

A. B. inżynier z zawodu; lat 38, były budowniczy starostwa powiatowego oskarzony został o to, że dnia 1. 8. 24. sfałszował w bezprawnym zamiarze i uży, w celu zwodzenia dokument publiczny, mający doniosłość dla udowodnienia praw, a to w celu przysporzenia korzyści trzeciej osobie (§§ 267, 268 k k.) i, że w miesiącu marcu b. r. kilkakrotnie świadomie faszywie rozgłaszał o staroście N. nieprawdziwe fakty, zdolne poddać ostatniego w pogardę wzgl. poniżyć jego w opinji publicznej (§ 187 k. k.)

B. pracował jeszcze rok temu w pewnym urzędzie, gdzie N. był jego bezpośrednim zwierzchnikiem. W tym właśnie urzędzie, dostawcy cierpiący wskutek dewaluacji, prosili uporczywie B. o podwyższenie im sum za dostawy. Ponieważ pretensje dostawców były uzasadnione spadkiem wartości monety obiegowej, — wyciera p. B. w dokumencie mającem stanowić umowę z urzędem na dostawy, — napisaną ołówkiem figurującą tam dotąd sumę 4 miljony mkp., a wpisuje na jej miejsce 9 miljonów tak, że tylko ta cyfra jest wypisana atramentem, reszta zaś umowy na drukowanym blankiecie wypełniona jest ołówkiem.

Tytułem do oskarzenia z § 187 było kilkakrotne wyrażenie się oskarżonego pod adresem N., że okrada urząd, że kupuje sobie konie za pieniądze skarbowe, reperuje na koszt skarbu swój prywatny powóz itp. Poprzedza ten fakt poróżnienie się pp. B. i N. i usunięcie przez ostatniego, B. z urzędu bez prawnych, notabene, do tego podstaw. Rzucanie tych znieważających i oszczerczych wyrazów miało zawsze miejsce w stanie silnego zdenerwowania oskarżonego (z powodu krzywdy, którą mu N. wyrządził, pozbawiając go posady) oraz w stanie nietrzeźwym, kiedy to B. zapijał suto swe rozgoryczenie.

Studjum akt wykazało również, że oskarżony, zpowodu bliżej nieznanej sprawy karnej był poddany ekspertyzie sądowo-pszchjatrycznej już w roku 1920, podczas służby w wojsku. Stwierdzono u niego wówczas między innemi co następuje:

„Romberg +++, czaszka nadzwyczaj bolesna na opukiwanie, w tylnej kości ciemieniowej.... blizna skórna kostna od zranienia granatem. Pokręcone arterje skroniowe. Ogólna znaczna hyperrefleksja... znaczna ataksja... anestezja okolic skroniowych.. Prawa źrenica szeroka, zdeformowana, źrenica lewa reaguje na światło zaledwie widzialnie. Psychicznie: niepokój psychomotoryczny z podnieceniem, znaczne osłabienie pojmowania wyobrażeń, obniżenie zdolności kombinacyjnej, uwaga rozpierzchła." A we wnioskach: u badanego konstatuje się paraliż postępujący w stadjum daleko posuniętem cechujący się klasycznymi objawami tak cielesnymi jak też psychicznymi, a w szczególności osłabieniem władz umysłowych.... Pod wpływem swego anormalnego stanu umysłu B. nie zdaje sobie zupełnie sprawy z tego co czyni."

Badanie jednorazowe w Dziekance w dniu 3. 2. 25. dało następujące wyniki:

Wywiad objektywny. Ojciec zmarł na paraliż mózgu, dzieci siostry są umysłowo chore. W roku 1916 B. przebył ciężką niewolę bolszewicką. W roku 1911 miał twardego szankra. Żonaty jest od 5 lat; żona miała 3 poronienia, starsze dziecko jest drażliwe i „nerwowe". Częsty towarzysz jego od kieliszka mówi o nim: „jak wypije, to dostaje furji, robi, „joki", słabą ma głowę".

Stan cielesny. Źrenice nierówne, słabo oddziałują na światło, hyperrefleksja ścięgnowa, Romberg ++++, silne drżenie rąk, powiek; potykanie na zgłoskach.

Psychicznie. Mimo dokładnych badań stwierdzono tylko nieznaczne osłabienie władz intelektualnych, polegające na trudnościach w dokonanywaniu syntezy i osłabieniu lekkiem zdolności kombinacyjnych. Stwierdzono również lekkie osłabienie zdolności zapamiętywania. Zato pod względem afektywnym uderza znaczna pobudliwość uczuciowa — labilność afektu. Pacjent łatwo na wspomnienie o krzywdzie wyrządzonej mu przez N. wpada w stan silnego rozdrażnienia i nie może opanować się mimo wyraźnych własnych wysiłków zmierzających ku temu.

Opinja sądowo-psychjatryczna w powyższej sprawie w skróceniu brzmiała:

„Wynik badania pozwala stwierdzić u p. B. przewlekłą chorobę organiczną mózgu, która obecnie znajduje się u niego w okresie znacznego zwolnienia w porównaniu, do stanu, jaki chory miał w czasie, gdy było mu wystawione świadectwo wojskowo-lekarskie (którego wyciąg tu przytoczono). Obecnie stwierdza się nieznaczne osłabienie władz intelektualnych Choroba na którą cierpi osk., powoduje zazwyczaj pewną labilność afektu, skutkiem czego taki osobnik wychodzi łatwo z równowagi duchowej w stanach rozdrażnienia a już tembardziej nie panuje nad sobą, gdy w dodatku jest podpiły. Stan psychiczny p. B. jest tego rodzaju, iż należy przyjąć, że w stosunku do czynów emocjonalnie zabarwionych popełnianych do tegoż w stanie zatrucia alkoholowego, na który jest chorobowo słabo odporny, wolna jego wola jest w wysokim stopniu ograniczona, wzgl. całkowicie wykluczona (§ 51).

Sprawę natomiast rzekomego sfałszowania dokumentu należy traktować z punktu widzenia sądowo-psychjatrycznego osobno, ze względu na stosunkowo nieznaczne upośledzenie władz intelektualnych w porównaniu do dopiero co omawianej sfery uczuć. Gdyby oskarżonemu przeto udało się udowodnić czyn zarzucony mu aktem oskarżenia z § 267 i § 268,—opinja sądowo-psychjatryczna w odpowiedzi na brzemien. § 51 wypadła by ujemnie. *Jednak pewne osłabienie władz intelektualnych i ich niezborność utrudniały mu już w wysokim stopniu możność ogarnięcia myślą faktu, że w jego postępowaniu dotyczącem poprawienia cyfr na blankiecie umowy, zaistniały wszystkie okoliczności składające się na stan faktyczny czynu po myśli* § *59* k. *k.*

W sprawie o oszczerstwo, na skutek opinji znawcy, o graniczącym z niepoczytalnością stanie B., oskarzyciel prywatny pana N. cofa z tego tytułu oskarżenie. Sąd umarza przeto tę sprawę.

W sprawie o fałszowanie dokumentów sąd uznał, wbrew wywodom obrony, za udowodniony czyn fałszowania publicznego dokumentu, *przyjął jednak, że oskarzony B. wskutek pewnej słabości władz intelektualnych, którą stwierdził u niego znawca, — był w błędzie co do zaistnienia okoliczności faktycznych składających się na istotę czynu i zwolnił osk. od winy i kary za to przestępstwo.*

Na powyższem, mamy żywy przykład zastosowania omawianego przepisu w przypadku psychjatrycznym i na skutek, mianowicie, stwierdzonej niedomogi władz duchownych. Fakt, że brzmienie przepisu nie zawiera bynajmniej myśli, iż błędy w ocenie zaistnienia okoliczności faktycznych czynu mogą płynąć z pewnych, stojących na granicy choroby, lub dopiero ją przekraczających stanów nierównowagi umysłu, — nie powinien zrażać znawcę do wypowiedzenia się w tej materji. W interesie sądu, a i stron jest, by dać jaknajbardziej wyczerpujące oświetlenie wszystkich zakątków duszy sprawcy, mogących odgrywać rolę w mechanizmach psychicznych źródłujących powstawanie czynu, by móc następnie osądzić, czy były one zdrowe. Zbytecznem jest też chyba akcentować, że w dobie naszej rozwoju nauk humanitarnych i psychologicznych, za ciasny jest jedyny przepis w kodeksie karnym który ma normować stosunek

osoby stojącej poza nawiasem niezakwestjonowanego zdrowia psychicznego, do prawa karnego.

W komentarzach do przepisu o niepoczytalności (§ 51) czytamy:

Poczytelność jest to zdolność prawidłowego stanowienia na podstawie prawidłowo rozpoznanych motywów. Poczytelność zależy od uwzględniającego motywy normalnego stanowienia. Stanowienje jest nienormalne 1) jeżeli osobie braknie zdolności pokierować swem zachowaniem się zgodnie z pojęciami etycznemi i socjalnemi, 2) jeżeli braknie zdolności do prawidłowej oceny pobudek do działania lub zdolności do uwzględnienia wyobrażeń hamujących.

Nie trudno się przekonać, że ani sam przepis o poczytalności, ani dopiero co zacytowany komentarz nie wyczerpują bynajmniej wszystkich przypadków, gdzie czyn, wzgl. jego zaniechanie, jest wynikiem defektów lub zboczeń chorobowych, a przecież prawodawca pod względem wymiaru sprawiedliwości winien wszystkie te przypadki traktować odrębnie. W naszym przypadku sumienie i wiedza znawcy nie pozwoliła mu wypowiedzieć się, że oskarżonemu (w stosunku do zarzuconego mu czynu fałszerstwa) „brakowało zdolności pokierowania swem zachowaniem zgodnie z pojęciem etycznem i socjalnem, wzgl., że mu braknie zdolności do prawidłowej oceny pobudek do działania, lub wreszcie — zdolności do uwzględnienia wyobrażeń hamujących (etycznych, socjalnych, karnych)". Mimo to jednak *z tytułu upośledzenia psychicznego* „był on w błędzie co do zaistnienia okoliczności faktycznych czynu" i został z tego tytułu zwolniony przez sąd od winy i kary. Widzimy przeto, że życie duchowe jednostki jest nader skomplikowane; zbyt wiele rozlicznych czynnników składa się na wypadkową czynu, z których uszkodzenie jednego (czynnika) może w sposób nieoczekiwany i niezrozumiały dla niewtajemniczonego spaczyć zupełnie kierunek działania, — by jedna ogólnikowa formułka psychjatryczno-psychologiczna, miała przeprowadzić idealną granicę odpowiedzialności sprawcy o zakwestjonowanej sprawności władz duchowych. Już życie samo (mierzone postępem w pojmowaniu psychologji indywidualnej i socjalnej) i sumienie znawcy, wymagają od ostatniego bliższego zapoznania się z kodeksem dla tem skuteczniejszego służenia sądowi wyjaśnieniami w każdym wypadku zetknięcia się osobowości psychopatycznej z przepisami prawa karnego.

Z twierdzeniem, że nie należy ograniczać się przesłuchaniem psychjatry li tylko w przedmiocie wątpliwej poczytalności lecz także w każdym przypadku wątpliwego zdrowia psychicznego wogóle, z twierdzeniem tem, również nie są bynajmniej w jakimkolwiek rozdźwieku przepisy same określające rolę i obowiązki znawcy przed sądem Oto one!

Komentarz do § 53 przepisu procedury.

Pod pojęciem znawcy rozumie się osoby, które wydają orzeczenia na podstawie specjalnych wiadomości fachowych, które się zdobywa wyłącznie przez specjalną naukową działalność względnie przez artystyczne lub

przemysłowe praktyki. Pod pojęciem znawcy rozumie się także osoby, które powołane są przez sędziego celem wyjaśnienia rzeczy lub stanu do dopatrzenia się którego potrzebne są takie wiadomości fachowe.

§§ 68 i 72 przepisu.

Znawcę należy skłonić do tego, aby zwięźle opowiedział, co mu jest wiadome w przedmiocie jego badań.

§ 85 przepisu.

O ile dla udowodnienia zaszłych faktów lub stanów, których spostrzeżenie wymaga szczególnej znajomości rzeczy, należy przesłuchać biegłego, zastosowane będą przepisy o dowodzie ze świadków.

§ 79. przepisu.

Biegły, żądane od niego orzeczenie wyda bezstronnie według najlepszej wiedzy i sumienia.

§ 78. przepisu.

Sędzia kieruje działalnością biegłych, skoro uzna to za potrzebne.

Widzimy z tego po pierwsze, że z tytułu prawa, ani sędzia ani znawca nie są zbytnio skrępowani formą, w jakiej ma być wydane orzeczenie. Oczywiście w przypadku konkretnym zależy forma, a po części i treść orzeczenia, od pytań stawianych znawcy podczas rozprawy. Jeśli jednak pytania te, jak zresztą najczęściej bywa, dotyczą stanu psychicznego sprawcy wogóle i nie są sformułowane z góry już w brzmieniu ciasnem przepisu o poczytalności (§ 51 k. k.), — *biegły musi* (i tu, na podstawie zacytowanych paragrafów procedury, przychodzimy do drugiego wniosku) *wypowiedzieć wszystko, co* według jego mniemania, *z tytułu chorobowego stanu psychicznego* sprawcy, wzgl. zboczenia psychicznego *mogło mieć wpływ na* karalny *czyn* ostatniego. Zaniechanie tego naturalnego obowiązku znawcy i ograniczenie się jedynie do wypowiedzenia co do wolnej woli, (o ile się nie jest skrępowany przez sędziego), nie różni się formalnie niczem od przemilczenia ważnej okoliczności przez świadka z niedbalstwa, które przecież jest karalne, biorąc praktycznie, bywa niekiedy brzmienne w poważne następstwa dla przebiegu sprawy.

Jest i inny, czysto praktyczny powód, dla którego niekiedy warto ominąć formułę poczytalności (§ 51 k. k.). Chodzi o to, że uszkodzenie władz psychicznych niekiedy bywa mało spostrzegalnem dla laika choć decydować już może o chorobordności karalnego czynu. Operowanie w wypadkach takich pojęciem wykluczenia wolnej woli jest dla sądu nader mało przekonywujące. Z drugiej strony nastręcza ono znawcy skrępowanemu brzmieniem § 51 niekiedy trudności formalne w sposobie argumentowania. Sądzę, że do podobnych przypadków można zaliczyć równie podany powyżej.

Wracając do tematu o błędach w ocenie istnienia okoliczności faktycznych czynów i o roli znawcy psychjatry w niektórych przypadkach zastosowania tego przepisu, — pragnę podkreślić, że obrałem go dla niniejszej rozprawy właściwie jedynie jako przykład jaskrawy zastosowalności odnośnego przepisu z psychjatrycznego tytułu. Jednakże celem głównym referatu

jest odwrócenie uwagi psychjatry, skupionej koło przepisu o poczytalności, ku całości kodeksu karnego, gdyż tylko jego ogólna znajomość pozwoli nam skutecznie służyć sądowi w każdym przypadku, gdzie pod formę psychologiczną przepisu można podstawić pojęcie stojące na granicy psychologji a psychjatrji, lub przekraczającą ostatecznie w dziedzinę ostatnią. Tak np. jest również z zastosowaniem przepisu o przekroczeniu obrony koniecznej na skutek obawy i przerażenia. (Temat ten opracował Piotrowski). Paragrafy te, choć nabierają niekiedy znaczenia psychjatrycznego, pisane są, rzecz naturalna, językiem psychologicznym i nie ujmują zagadnienia w formuły psychopatologji. Nie może ten fakt uprawniać jednak biegłego psychjatry do zignorowania ich, a sąd — do ograniczenia kompetencji tu znawcy, gdyż, kto jak kto, a psychjatra włada językiem psychologicznym na równi z psychjatrycznym, który się przecież po części od tamtego wywodzi.

Streszczając się powiemy:

Każda z dotychczas obowiązujących na ziemiach polskich formułka kodeksu karnego dotycząca poczytalności, nie wystarcza, by pod nią można było podciągnąć wszystkie psychologiczne stany, w których działalność wbrew przepisom prawa karnego przestaje być przestępstwem z tytułu samego już anormalnego stanu duchowego sprawcy.

Przyczyną powyższego, rzecz naturalna, jest zbyt skomplikowana konstrukcja mechanizmów duszy w ogóle, w szczególności zaś — zależność kierunku wypadkowej działania od zbyt wielu czynników psychicznych na raz.

Z drugiej strony, każdy kodeks karny zawiera pewną ilość przepisów, w ktorych okoliczności składające się na stan faktyczny czynu, są natury psychologicznej, a w konkretnych przypadkach zastosowania tych przepisów może się okazać, iż mają one już wręcz psychopatologiczne zabarwienie. Wyświetlenie tej sprawy wymaga znajomości psychopatologji t. j. dopuszczenie do głosu biegłego psychjatry.

Przepisy regulujące stosunek biegłego do sądu bynajmniej nie krępują pierwszego w tym kierunku.

Konkludując z powyższego, należy stwierdzić, że biegły psychjatra winien być przesłuchiwany nie tylko w sprawach poczytalności wątpliwej sprawcy, lecz w każdym przypadku zastosowania kodeksu karnege do osobnika stojącego poza granicami norm psychicznych, gdyż prawodawca pod względem wymiaru sprawiedliwości winien wszystkie te przypadki traktować obrębnie.

Na zakończenie pragnę dodać, że choć w rozprawie tej trzymałem się ściśle przepisów obowiązujących tylko na ziemiach Zachodniej Polski (a po części też w W. P.), by mieć jakieś konkretne podstawy omówienia tematu, jednak że całość

poruszonego zagadnienia, spodziewam się, nie będzie miała interesu czysto lokalnego, gdyż wszystkie kodeksy obowiązujące w Polsce, jak zresztą i kodeksy innych europejskich państw, pod względem ujęcia stosunków prawnych do sprawcy o zboczeniach psychicznych grzeszą zupełnie analogicznym szematyzmem.

Stronę formalno-prawniczą tej rozprawy poddałem krytyce pp. prokurat. Eimera i Kuszenina, którzy przyjęli powyższe wywody bez zastrzeżeń. Za Ich łaskawe zainteresowanie się pracą wyrażam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil Al. Piotrowski.

QUELQUES REMARQUES DE L'ALIÉNISTE A' PROPOS DE L'APPRÉCIATION DES CIRCONSTANCES D'ÉTAT FACTIQUE DU FAIT PÉNAL.

par
OSCAR BIELAWSKI.

Rapport pour le XII Congrès des Médecins et Naturalistes, Section de la Médecine Légale à Varsovie, le 12—16 juillet 1925.

* * *

Aucune formule du code pénal, se rapportant à la responsabilité d'inculpé, ne suffit pour y soumettre tous les états psychiques qui peuvent excuser le fait pénal à cause d'état psychique exceptionnel du coupable. L'âme humaine représente un mécanisme de construction très compliquée. Il y a trop de facteurs psychiques différents, agissant à la fois.

Chaque code pénal contient un certain nombre de prescriptions, dans lesquelles maintes circonstances, appartenant à l'état factique du fait pénal, sont de nature psychologique, dans un cas concret elles peuvent montrer une nuance psychopathologique. L'éclaircissement de cette matière exige la connaissance de la psychopathologie, c'est à dire l'opinion de l'aliéniste-expert.

Les prescriptions, réglant les rélations de l'expert au tribunal, ne le gênent pas à avoir égard à toutes ces circonstances, psychologiques et psychopathologiques.

Il faut donc constater, que l'aliéniste-expert a le devoir d'expliquer son opinion non seulement dans les cas de responsabilité douteuse du conpable, mais aussi dans chaque cas qui se trouve hors de normes psychologiques.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Życie naszych Zakładów Psychjatrycznych po perturbacjach wojennych dopiero zwolna wraca do normy, czego wyrazem jest także regularniejsze okazywanie się drukiem dorocznych sprawozdań z Zakładów. To też pismo nasze, w przeświadczeniu o potrzebie informowania ogółu psychjatrów o życiu szpitalnem, otwiera osobny dział dla umieszczenia krótkich streszczeń nadesłanych sprawozdań.

Dotąd, na innem miejscu, wydrukowano obszerne sprawozdanie z Dziekanki (patrz zesz. I, rok I. Now. Psych.).

I

„TWORKI". — Zakład Psychjatryczny. Sprawozdanie za **rok 1924**.

Zestawił Dyr. Dr. med. Witold Łuniewski.

Piąty rok wznowionych w Polsce niepodległej czynności Zakładu w Tworkach zaznaczył się dalszem trwaniem tego stanu tymczasowości i nieokreślności jaki zawisł nad Zakładem z chwilą powołania go na nowo do życia podczas wojny — po ewakuacyjnem zlikwidowaniu go przez władze rosyjskie.

Na skutek zarządzeń Ministerstwa Skarbu zakład wyeliminowano z budżetu państwowego, do czasu zaś zaprojektowanego na prędce przekazania go samorządowi wojewódzkiemu pozostał narazie pod zarządem państwowym jako instytucja dotowana przez Państwo. Jeżeli dotacja skarbu Państwa nie była wystarczająca w stosunku do potrzeb bieżących Zakładu, to Zakład wskutek tych „tymczasowych" zarządzeń pozostał w dalszym ciągu bez statutu, bez regulaminu wewnętrznego, bez fundamentu prawnego, któryby gwarantował jego byt i wskazywał linję rozwojową na przyszłość.

Pomimo tego, miejmy nadzieję przejściowego stanu rzeczy, ubiegły rok 1924 przyniósł Zakładowi kilka realnych inwestycji.

Dom pogrzebowy z prosektorjum i kaplicą, zaczęty w r. 1923, został w roku ubiegłym całkowicie ukończony, na miejsce spalonej drewnianej została pobudowana nowa stodoła murowana — od dawna odczuwany brak sali rozrywek został usunięty przez urządzenie prowizorycznego lokalu rozrywek na jedenem z wyższych poddaszy. Z końcem roku sprawozdawczego dokonaną została wreszcie donioślejsza reforma w zakresie gospodarki techniczno-cieplnej, polegająca na tem, że Zakład przyłączył się do uruchomionej niedawno elektrowni okręgowej w Pruszkowie, co umożliwi stopniową elektryfikację większości urządzeń technicznych pędzonych dotychczas parą, wytwarzaną w przestarzałej i bardzo nieekonomicznej kotłowni.

Personel lekarski Zakładu pozostał liczebnie bez zmiany, jego skład osobowy zmienił się o tyle, że z dniem 15. II. 24 r. zaczął pracować w zakładzie dr. Włodzimierz Jełowicki, dotychczasowy lekarz Zakładu w Drewnicy, z dn. zaś 1. 10 przestała pracować w Zakładzie dr. Aldona Religioni. Z końcem roku sprawozdawczego skład osobowy personelu lekarskiego stanowili koledzy: dr. Bednarz, dr. Bobrowski, dr. Deresz, dr. Janowski, dr. Handelsman, dr. Jełowicki i kol. W. Bobrowska.

Na konferencjach lekarskich po za sprawami bieżącemi omawiano ciekawsze przypadki kliniczne i z reguły wszystkie orzeczenia sądowo-psychjatryczne, których w roku ubiegłym wydano 67.

Lekarze zakładu wygłosili w roku ubiegłym na posiedzeniach oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego następujące odczyty wzgl. referaty:

1) 26. 1. 24 r. dr. **Handelsman** Przypadek zapalenia mózgu nagminnego o niezwykłym przebiegu okresowym.

2) 11. 5. 24 r. dr. **Bednarz**. Ponowny pokaz podsądnego z objawami organicznymi.

3) 11. 5. 24 r. dr. **Handelsman** Pokaz przypadku psychozy o niezwykłym przebiegu okresowym.

4) 11. 5. 24 r. dr. **Bednarz**. Pokaz porażeńców postępujących po leczeniu trzeciaczką.

5) 11. 5. 24 r. dr. **Łuniewski**. Pokaz inowacji, wprowadzonych w organizacji zakładu.

6) 11. 10. 24 r. dr. **Łuniewski**. Wrażenia psychjatryczne z wycieczki do Jugosławji.

7) 8. 11. 24 r. dr. **Handelsman** Pokaz przypadku psychozy padaczkowej.

8) 8. 6. 24 r. Na V. Zjeździe psychjatrów Polskich w Lublińcu, dr. **Łuniewski**

wygłosił odczyt p. t. Alkoholik w kodeksie karnym.

Autopsji zwłok dokonano w roku sprawozdawczym 28. Cenny materjał anatomo-patologiczny niestety nie został wyzyskany naukowo z powodu braku prosektora.

Personel pielęgniarski składał się na początku roku ze 132 osób, w ciągu roku sprawozdawczego przyjęto nowych osób 38, ubyło zaś 35, tak że z końcem roku skład personelu pielęgniarskiego wynosi 135 osób. Z liczby 35 ubyłych, opuściło pracę na własne żądanie 19 osób, usunęło się z powodu ciąży 8, wydalono jako nieodpowiedne 8.

Poziom umysłowy, kulturalny i wykształcenie fachowe personelu pielęgniarskiego pozostawia jeszcze wiele do życzenia, systematyczna troska o jego podniesienie nie została jeszcze niestety ujęta w ramy obowiązującego przepisu ale jest raczej dziełem dobrej woli.

Bibioteka lekarska zwiększyła się z 157 na 284 tomy. Biblioteka Zakładu, która z końcem roku sprawozdawczego doszła do 1393 numerów katalogogowych, cieszy się stale olbrzymią frekwencją czytelników z grona chorych i rodzin pracowników Zakładu.

Wypadków nieszczęśliwych nie uniknięto i w tym roku. Było ich 4: Pierwszy zdarzył się na pawilonie obserwacyjnym dnia 5. 2. 1924 roku. Podczas rannej zmiany pielęgniarzy łagodny, ale zlekka podniecony ruchowo paralityk Ch., zaczepił stojącego obok niego katatonika W., który na tą zaczepkę popchnął pierwszego tak silnie, że Ch. upadł, uderzając głową o krawędź łóżka. Chory zapadł w stan głębokiej śpiączki i prostracji, zakończonej śmiercią w dniu 7. 2. 1924 r. Badanie pośmiertne stwierdziło pęknięcie kości czołowej czaszki po stronie lewej, wylew krwawy podkorowy po stronie prawej obok objawów leptomeningitis chronica, zaniku kory i daleko posuniętej sklerozy naczyń krwionośnych.

Drugi z kolei wypadek, to silne poparzenie w wannie podczas kąpieli. Zaszedł na oddziale infirmeryjnym, dnia 28. III. 24 r. Poparzeniu uległa jedna czwarta część powierzchni chorej. Śród objawów słabnącej działalności serca chora zmarła w 2 dni po wypadku.

W trzecim z kolei nieszczęśliwym wypadku zupełnie spokojna i przytomna epileptyczka H. ujawniła nagle niepokój, wbiegła po schodach na drugie piętro, dalej — do okna klatki schodowej i wyskoczyła przez nie na podwórze. Padając głową na mocno ubitą ziemię, chora poniosła śmierć na miejscu.

Czwarty wypadek dotyczy chorej G., cierpiącej na zaburzenie psychiczne pochochodzenia kiłowego. Podczas karmienia chora zakrztusiła się, zbladła chwilę, potem zrobiła się siną na twarzy i zakończyła życię zanim lekarz zdążył nadejść na oddział. Śmierć nastąpiła skutkiem asfiksji, spowodowanej przez inspirowanie do krtani gęstej zupy.

Praca chorych. Doniosłe znaczenie lecznicze pracy w zakładzie psychjatrycznym jest już sprawą zdecydowaną. Urozmaicenia rodzajów zajęć, które by pozwalało na możliwie szeroką indiwidualizację, należyte zorganizowanie samej pracy chorych i dozoru nad choremi pracującemi stanowią jedno z istotnych zadań zakładu. Organizacją pracy chorych zajmował się dr. Deresz. Ogółem pracą zajmowano 407 chorych, co stanowi 33,06 % ogółu leczonych. Chorzy ci spędzili przy pracy 62 776 dni szpitalnych. Na jednego pracującego mężczyznę przypada przeciętnie 144,2 dni pracy w ciągu roku, na jednę pracującą kobietę przeciętnie — 165,4 dni pracy.

LICZBY.

Ruch chorych.

W dniu 1. 1. 1924 r. pozostało z roku poprzedniego:	706 chorych
w ciągu roku 1924 przybyło	525 „
Ogółem leczyło się:	1131 „
z tej liczby ubyło:	445 „
Pozostaje na dzień 1 stycznia 1925 r.	786 „

Bilans zakładu — 1.482.983,50 zł w dochodzie figuruje w charakterze dotacji Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia cyfra 1.060.682,66 zł.

Podział chorych podług rozpoznania:

Zaburzenia przy chorobach organicznych (łącznie z parkinsonizmem pośpiączkowym) 11

Zaburzenia przy zatruciach wewnątrzpochodnych (alkoholizm, morfinizm i t. p.) 20

Zaburzenia na tle zatruć wewnątrzpochodnych 9

Psychozy infekcyjne 1

Zaburzenie psychiczne przy kile mózgu łącznie z porażeniem postępującem i wiądem 39

Psychoza na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym 37

Zaburzenia na tle padaczki 30

Otępienie wczesne 264
Psychoza szałowo-posępnicza (psych. maniac. depres.) 36
Psychopatja ustrojowa 33
Reakcje psychorodne 4
Niedostatki umysłowe (oligophrenia) 32
Przypadki nierozpoznane 9
Razem 525.

Rozpoznanie pysychjatryczne u zmarłych.

1.	Porażenie postępujące i kiła mózgu	31
2.	Zaburzenie psych. starcze i przedst.	9
3.	Otępienie wczesne	26
4.	Niedorozwój umysłowy	2
5.	Psychozy padaczkowe	4
6.	Psychoza szałowo-posępnicza	1
7.	Alkoholizm	1
8.	Majaczenie zakaźne	4
9.	Stwardnienie rozsiane	1
	Razem	79

Nie wiemy, co sprawozdawca rozumie pod rozpoznaniem np. otępienia wczesnego lub psychozy szałowej u zmarłego, gdyż anatomicznie dotąd nie możemy rozpoznawać tych chorób. Umieszczamy przeto te cyfry na odpowiedzialność sprawozdawcy. (Przypis. Red.)

PODSĄDNI.

Oddział kryminalny Zakładu jest dostosowany głównie do celów obserwacji sądowo-psychjatrycznej przestępców męskich. Podsądni internowani w Zakładzie na mocy decyzji sądów po myśli § 39 k. k., byli segregowani stosownie do wskazań psychjatrycznych; na oddziale kryminalnym przetrzymywani byli chorzy internowani jedynie w przypadkach szczególnego niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Kobiety podsądne nie były wyodrębniane w oddziale kryminalnym.

Motywowanych opinji sądowo-psychjatrycznych wydano w r. 1924 ogółem 67.

Z ogólnej liczby obserwowanych podsądnych — 80 mężczyzn 16 kobiet, razem 96 osób — ubyło 71 osób a mianowicie:

a) przeszło w stan internowanych na mocy decyzji sądowych po myśli 39 k. k.:	8 m.	4 k.	r.	12
b) zwolniono z mocy decyzji sądowych:	8 „	4. „	„	10
c) odesłano z powrotem do więzień śledczych:	37 „	5 „	„	42
d) zbiegło:	1 „	2 „	„	3
e) zmarło:	4 „	— „	„	4
razem ubyło	59 „	12 „	„	71

ODDZIAŁ DZIECIĘCY.

Historja oddziału dziecięcego w tutejszym szpitalu datuje się od bardzo niedawna. W miarę jak zaczęła wzrastać liczba dzieci, przybywających do szpitala powstała myśl o konieczności odseparowania ich od ogółu chorych i w ten sposób powstał oddział dla chłopców, chorych psychicznie i z dniem 1 marca 1924 r. rozpoczął samodzielną egzystencję. Ze sprawozdania pedagogicznego wynika, iż wszystkie dzieci można podzielić na 4 grupy, a mianowicie: 1) dzieci, uczące się systematycznie w zakresie niższych oddziałów szkoły powszechnej, 2) dzieci, uczące się dorywczo, 3) dzieci, które wykazały zdolności do pracy fizycznej i 4) dzieci, niepoddające się zupełnie pracy pedagogicznej.

Grupę pierwszą stanowi dwoje dzieci,

Grupę drugą stanowi troje dzieci.

Do pracy fizycznej okazało się zdolnych pięcioro dzieci.

Pracy pedagogicznej nie poddaje się zaś zupełnie siedmioro.

Sprawozdanie pozwala stwierdzić dodatnie znaczenie istnienia w szpitalu dla umysłowo-chorych specjalnego oddziału dla psychicznie chorych dzieci. Widzimy bowiem, że dzieci chore psychicznie, niezdolne przeważnie do systematycznej nauki, pod umiejętnym kierunkiem potrafią jednak robić postępy w nauce, chociażby poszczególnych przedmiotów. Jak to wskazuje sprawozdanie, dzieci z dalej nawet posuniętem otępieniem padaczkowem i psychozą pośpiączkową uczą się czytać, pisać, rachują w zakresie 3-ch, pięciu, uczą się na pamięć wierszy, a śpiewu udało się nauczyć nawet niektórych głuptaków.

A co najważniejsze — ogół dzieci zyskuje ogromnie pod względem etycznym i kulturalnym.

Wartość przyczynka naukowego ma
STATYSTYKA ZABURZEŃ POŚPIĄCZKOWYCH,
zestawiona przez Dr. Handelsmana,
którą też podajemy in extenso:

Na 1 stycznia 24 r. pozostało na oddziale obserwacyjnym męskim 9 chorych z zaburzeniami śpiączkowemi, przybyło w ciągu roku 5, wypisał się 1, przeniesiono na inne oddziały 4, przeniesiono do szpitala w Pustelniku 1, pozostaje na dz. 1/1 25 r. 8 chorych. Oprócz tego było 2-ch chorych, co do których rozpoznanie zaburzeń pośpiączkowych było niejasne (1 zespół parkinsonowski, różniczkowany z kiłą mózgową, 1 — objawy moral insanity i niektóre objawy parkinsonowskie różnicz. z zapaleniem mózgu dziecięcym).

Wiek chorych w chwili przybycia do szpitala:

do 10 lat — 1

od 10 „ 15 „ — 3
„ 15 „ 20 „ — 3
„ 20 „ 25 „ — 5
„ 25 „ 30 „ — 0
„ 30 „ 35 „ — 2

Najczęściej obserwowaliśmy zaburzenia psychiczne pośpiączkowe w wieku młodzieńczym (10—25 lat — 11 chorych na 14 chorych), powyżej 35 lat chorych z zaburzeniami pośpiączkowemi nie było. Zaznaczyć trzeba, że większość chorych przybyła do szpitala w 2 lata po przebytej śpiączce, najmłodszy pacjent miał w chwili przybycia 8 lat, w chwili zachorowania —6½ lat, najstarszy — lat 33, w chwili zachorowania — 31 lat

Zaburzenia pośpiączkowe dzielimy na 2 większe grupy: I. z wyraźnym zespołem parkinsonowskim i II. bez zespołu parkinsonowskiego, lub też tylko z poszczególnymi jego objawami:

do 1-ej grupy należy 8 chorych
„ 2-ej „ „ 6 „

Pod względem psychicznym obserwowaliśmy prawie tyle różnorodnych objawów, ile było chorych, jednak przez podobieństwo niektórych predominujących w obrazie chorobowym objawów można było wyodrębnić 3 typy zaburzeń psychicznych. Do pierwszego typu należą chorzy z wybitną stereotypowością, perseweracją, małomównością, dochodzącą nieraz do mutyzmu, obojętnością afektywną, małym zainteresowaniem się, niekiedy bezprzyczynową wybuchowością, słowem typ opisany przez sprawozdawcę jako pseudokatatonja postencephalitica (typ apatyczno-akinetyczny). Do drugiego typu należą chorzy dowcipkujący, euforycznie przytępieni, o pewnych defektach inteligencji, dosyć dużych zmianach charakteru oraz przedstawiający także do pewnego stopnia osłabienie afektywne; typ ten znany jest pod nazwą typu wiłostnego (typ moria). Wreszcie 3-ci typ przypomina moral insanity; typ ten obserwujemy tylko u młodocianych osobników — objawy: kłamstwo, drobne kradzieże, dokuczliwość, skłonność do ucieczki, nadmierna ruchliwość, zaburzenia uwagi:

Statystycznie przedstawiają się te różne grupy jak następuje:

I gr. 1 typ—6 chorych
I gr. 2 typ—2 „
I gr. 3 typ—0 „
II gr. 1 typ—0 „
II gr. 2 typ—1 „
II gr. 3 typ—4 „

Jednak typy te nie mogą być uważane jako zupełnie stałe; po kilku miesiącach zmieniają się one, a mianowicie chorzy II grupy stopniowo powoli nabierają cech zespołu parkinsonowskiego i wtedy również zmienia się ich charakter psychiczny np. jeden z 2-ch chorych o typie wybitnie wiłostnym i I z II grupy 3 typu przy stosunkowo małych zmianach parkinsonowskich w czasie obserwacji przechodzą raczej do I-ej grupy I typu. U wszystkich chorych obserwujemy mniej lub więcej wybitne zmiany charakteru, rozszczepienie afektywne i popędowe. U jednego chorego, którego nie można podciągnąć pod żaden z wyżej podanych typów, widzimy objawy schizophrenji (rozszczepienie psychiczne, urojenia wielkościowe, omamy) przy wyraźnym zespole parkinsonowskim. U wszystkich chorych przy dłuższej obserwacji stopniowo zwiększają się objawy akinezy.

Rzadziej spotykane objawy somatyczne są następujące: 1) kurcz języka i mięśni szyjnych, przypominający torticollis spasticus (pok. w Tow. Psych.), 2) kurcze spastyczne mięśni okoruchowych i poruszających powieki (pok. w Tow. psych.), 3) wyczerpywalność przejściowa całych grup mięśniowych (pok. w Tow. Psych.), 4) bardzo wybitna palilalia (u 2-ch chorych (pok. w Tow. Psych.), 5) polidypsia i poliuria (do 6 litrów moczu na dobę c. g. 1000), 6) dystrophia adiposogenitalis. Oprócz tego wspomnieć musimy o przypadku z II gr. 2 typu, u którego obserwujemy od czasu do czasu napady padaczkowe i psychikę padaczkową, które to objawy rozwinęły się dopiero po przebytej śpiączce (pok. w Tow. Psych.).

U żadnego chorego nie udało się stwierdzić jakichś pewnych danych wskazujących na obciążenie dziedziczne, natomiast u 6 chorych (wszystko osobniki młodociane) był cały szereg cech stwierdzających zwyrodnienie fizyczne lub psychiczne, np. słaby rozwój fizyczny i psychiczny, niemożność uczenia się, lenistwo, krnąbrność i t. p.

Pod względem terapeutycznym stałej poprawy nie zaobserwowano ani razu, przeciwnie u wszystkich chorych następuje stałe stopniowe pogorszenie, przemijające poprawy (od paru godzin do paru dni) po zastrzykiwaniu hyosciny (0,0005). U bardzo młodych osobników osiągnięto pewną poprawę dzięki wpływom pedagogicznym (p. spraw. z oddz. dziecięc.).

„KOBIERZYN" — Zakład dla umysłowo i nerwowo chorych.

Zarys rozwoju Zakładu pod koniec r. 1924

Zestawił Dyr. Dr. Romam Zagórski.

Wspaniały Zakład Kobierzyński, zbudowany znacznym nakładem pieniężnym przez Galicyjski Wydział Krajowy, leży w odległości 9 km. od Krakowa na płaskowzgórzu, z którego roztacza się ładny widok: ku północy na Kraków, kopiec Kościuszki i Bielany, ku południowi na Beskidy z Babią Górą. Zakład posiada 104 morgi ziemi, z których 86 otacza na znacznej większości obwodu druciane ogrodzenie siatkowe, zamykając w ten sposób ściślejszy teren Zakładu. Na wielkiej tej przestrzeni rozrzucono w harmonijnym układzie 50 pięknych budynków. Wewnętrzne urządzenia budynków komfortowe, a w części szpitalnej wzorowe pod względem psychjatrycznym.

Osobliwość Zakładu stanowią bardzo rozległe, skomplikowane i różnorodne urządzenia mechaniczne i elektryczne, których nagromadzenie w takiej ilości i różnorodności na jednym terenie stanowi pewnego rodzaju unikat.

Zakład obliczony jest na 550 łóżek dla chorych z możnością rozszerzenia się po wybudowaniu 8 dalszych pawilonów dla chorych do 800 łóżek etatowych.

Budowa Zakładu była już w roku 1914 na ukończeniu. Wybuch wojny światowej uniemożliwił jego otwarcie. Zakład zostaje otwarty w styczniu 1918 przy pomocy wojskowości, która umieszcza w nim swoich chorych.

W kilka miesięcy po otwarciu Zakładu ustępuje główny jego twórca i pierwszy Dyrektor Dr. Jan Mazurkiewicz. 1. lipca 1919 obejmuje kierownictwo zakładu Dr. Roman Zagórski.

Ogólna ilość chorych leczonych w ciągu roku wynosi:

w roku	1918	527	chorych
„	1919	824	„
„	1920	1094	„
„	1921	1396	„
„	1922	1400	„
„	1923	1397	„
„	1924	1412	„

Ilość roczna przyjęć w stosunku do stanu chorych w dniu 1. stycznia każdego roku stanowi:

w roku	1919	235%
„	1920	200
„	1921	133
„	1922	129
„	1923	121
„	1924	141

W stosunku do ilości czynnych łóżek etatowych wynosi obłożenie Zakładu chorymi:

w r.	1920	przec.	135 %	maksym.	138 %
„	1921	„	147	„	157
„	1922	„	138,6	„	149,5
„	1923	„	137,8	„	149,5
„	1924	„	165,6	„	175

Tak znaczny przypływ chorych i wynikające zeń niepomierne przepełnienie Zakładu, tłumaczy się tem, że Zakład Kobierzyński obsługuje połać kraju o prawie $4^1/_2$ miljonach mieszkańców.

To przepełnienie chroniczne, dochodzące do tego stopnia, że Zakład mieści o 75% więcej chorych, aniżeli ma łóżek etatowych, staje się ciężką chorobą, toczącą organizm Zakładu.

Z pośród 15 pawilonów dla chorych, 2 są jeszcze nieczynne. Uruchomienie ich jednak na wiosnę 1925 roku przygotowane po zakupieniu znacznego zapasu linoleum, celem zastąpienia niem popękanej posadzki ksylolitowej i zakupieniu umeblowania za kwotę 40.000 złotych.

Kaplica jest na wykończeniu pod artystycznem kierownictwem prof. Jana Bukowskiego z Krakowa.

Odbudowa złóż oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej ścieków jest na ukończeniu. Rekonstrukcja toru przemysłowego jest w toku. Urządzenia mechaniczne i elektryczne Zakładu doprowadzone są do stanu prawidłowego, należycie sprawne i funkcjonujące, eksploatowane oszczędnie i z korzyścią dla Zakładu.

Sieć telefoniczna wewnątrz-zakładowa rozbudowana, obejmuje na razie 33 aparaty telefoniczne. Wąskotorowa kolejka do rozwożenia potraw i mięsa około $2^1/_2$ km. długa zbudowana jest w znacznej mierze siłami chorych.

Teren zakładowy w znacznej swej większości został splantowany, a ścieżki na dużych przestrzeniach rozbudowane. Założono duże boisko do zabaw ruchowych, drugie mniejsze do lawn-tennisa, trzecie boisko dla krokieta jest w toku budowy. Założono szereg alei, z których wjazdowa wysadzona 130 głogami szczepionymi.

Ogółem wysadzono w Zakładzie około 4.500 drzew, w tem 550 szlachetnych owocowych, 10.000 sztuk kultury dwuletniego świerku i 5.700 krzewów ozdobnych. W przygotowaniu aleje róż pnących między pawilonami dla chorych.

Przy końcu 1920 roku liczył Zakład 5 lekarzy oddziałowych; są nimi prymajusze: Dr. Morawski, Dr. Czarniecki,

orydynarjusze: Dr. Stryjeński, Dr. Issajewicz, sekundarjusz: Dr. Stawarz. W rzeczywistości pełni służbę tylko 4 lekarzy, ponieważ Dr. Stryjeński od października 1924 roku przebywa zagranicą na urlopie naukowym.

Prosektorem kontraktowym Zakładu jest od lipca 1920 roku profesor Anatomji patologicznej U. J. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Lekarze biorą udział w posiedzeniach naukowych Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i Towarzystwa Neurologicznego, zgłaszając na nie odczyty i pokazy chorych.

Drukiem ogłoszono:

Dr. Roman Zagórski: *„O ubezwładnieniu z powodu choroby psychicznej"* (Polska Gazeta Lekarska 1922).

Dr. Juljusz Morawski: *„Zaburzenia psychiczne, powstające w związku z durem powrotnym"* (Polska Gazeta Lekarska 1923).

Z pracowni naukowych uruchomiono w listopadzie 1923 r. pracownię histologiczną.

Na rok 1925 wstawiono kredyt na urządzenie pracowni bakterjologicznej i serologicznej.

Bibljoteka lekarska liczy tomów 295, z których tomów 126 pochodzi z darów Dra Stanisława Jankowskiego i z księgozbioru śp. prof. Dra Żuławskiego.

Rozrywek dla chorych dostarcza teatr zakładowy, urządzony w miarę skromnych środków finansowych u schyłku 1919 roku, w którym oprócz odczytów z pokazami świetlnymi odbywają się mniej więcej dwa razy w miesiącu przedstawienia teatralne i zabawy taneczne.

ZESTAWIENIA LICZBOWE za ostatnie miesiące 1924 roku przedstawiają się w tym względzie następująco: w ciągu listopada zastosowano na oddziałach kobiecych 24 dawki leków nasennych u 12 osób, w grudniu 30 dawek leków nasennych u osób 15, na oddziałach męskich w listopadzie 48 dawek u osób 20, w grudniu zaś 59 dawek u osób 26. Injekcyj hyoscyny nie było na oddziałach kobiecych w listopadzie ani jednej, w grudniu zaś wstrzyknięto lek ten jeden raz. Natomiast na oddziałach męskich wstrzyknięto 26 razy hyoscynę 16 osobom w listopadzie i 37 razy 26 osobom w grudniu. Różnica na niekorzyść oddziałów męskich wynika przedewszystkiem stąd, że są one stosunkowo znacznie więcej przepełnione, aniżeli kobiece — przeszło o 100 mężczyzn więcej niż kobiet wśród chorych — nadto zaś wskutek ukończonego dopiero w połowie grudnia gruntownego remontu oddziału dla niespokojnych mężczyzn mieścili się oni tymczasowo na oddziale dla przestępców, zupełnie niedostosowanym i nienadającym się do takiego celu.

Od stycznia 1922 roku nie używa się zupełnie w Zakładzie kaftanów przymusowych i Zakład nie posiada wogóle ani jednego okazu tego środka krępującego. Ilość łóżek siatkowych ograniczana stopniowo od roku 1920 zmniejszyła się w roku 1924 do dwóch (po jednem na oddziałach niespokojnych mężczyzn i kobiet). Cztery izolatki dla chorych, którymi Zakład — nie wliczając izolatek na pawilonie dla przestępców — rozporządza, używane są tylko sporadycznie, izolacje chorych, trwające dłużej nad $^1/_2$ godziny, należą do wyjątków. W listopadzie izolowano wogóle 14 kobiet 37 razy i 17 mężczyzn 77 razy, w grudniu 20 kobiet 43 razy i 13 mężczyzn 65 razy. Natomiast eksploatuje się w najszerszych możliwie granicach wanny dla kąpieli przedłużonych, ale tylko w porze dziennej.

Z powodu nadmiernego przepełnienia, zwłaszcza na oddziałach dla niespokojnych, nie można się obejść bez zawijań w koce.

W listopadzie zastosowano na oddziałach kobiecych kąpieli przedłużonych 363 u 57 osób, w grudniu 347 u 57 osób, na oddziałach męskich zastosowano w listopadzie 264 kąpieli u 48 osób, w grudniu 246 u 55 osób. W obu tych miesiącach było na oddziałach kobiecych zawijań w koce 151 u 52 osób i 136 u 54 osób, na oddziałach męskich 246 u 53 osób i 184 u 68 osób.

Przeciętna dzienna ilość chorych zatrudnionych pracą stanowiła w drugiej połowie grudnia 1924 od 58 do 60% wszystkich chorych.

ŚMIERTELNOŚĆ:

w r.	1918	proc.	śmiertelności	wynosił	10,21
„	1919	„	„	„	11,16
„	1920	„	„	„	8,77
„	1921	„	„	„	10,69
„	1922	„	„	„	7,07
„	1923	„	„	„	8,23
„	1924	„	„	„	6,2

Dochody Zakładu za rok 1924 wyniosły 1,082.636.56 zł, w tem dotacje Tymczasowego Wydz. Samorządow. 807.403.16 zł.

Wydatki Zakładu za rok 1924 wyniosły razem 1.065.301.85 zł.

Personel Zakładu składał się z końcem roku 1924 z następujących osób:

Lekarzy i urzędników (łącznie z kapelanem) 20 — personelu pielęgnarskiego (łącznie z 14 siostrami zakonnemi) 133 — personelu administracyjnego, technicznego i gospodarskiego (łącznie z 12 siostrami zakonnemi zatrudnionemi w tym zakresie) 113 — razem 266 osób.

Po 2-letnim prawie początkowym okresie zamętu i rozstroju, wywołanym ciągłemi zmianami w Kierownictwie Zakładu i szczególnymi warunkami ogólnymi i lokalnymi stanowi pięciolecie od jesieni 1919 roku pod koniec 1924 roku okres porządkowania, wykończania i organizowania Zakładu. Okres ten cechują nadto usilne starania o postawienie Zakładu na poziomie wzorowego współczesnego zakładu psychjatrycznego i o padkreślenie jego niezwykłego piękna architektonicznego przez wykończenie szczegółow (kaplica) i przez przygotowanie mu odpowiedniego tła pejsażowego. Poważnem niebezpieczeństwem dla prawidłowego rozwoju Zakładu jest nadal nadmierne i wciąż wzrastające przepełnienie i dlatego uważać należy rozbudowę Zakładu przez uzupełnienie go dalszymi 8 pawilonami dla chorych i pomnożenie w ten sposób łóżek etatowych do 800 za sprawę już obecnie aktualną, a nawet nie cierpiącą zwłoki.

3

„KOCHANÓWKA". — Szpital dla umysłowo i nerwowo chorych pod Łodzią. — XXI. Sprawozdanie Lekarskie za **rok 1922**. Zestawił Dyr. Dr. med. Antoni Mikulski.

Jest to ostatnie sprawozdanie z Kochanôwki, pisane ręką ś. p. prof. Mikulskiego, ówczesnego dyrektora zakładu. Sprawozdawca daje w niem ogólny rzut oka na rolę Kochanówki w rozwoju psychjatrji polskiej. Podajemy sprawozdanie w skróceniu:

Mały ten szpital był niemal jedynym, w którym młody lekarz mógł się kształcić w psychjatrji wśród bardzo pomyślnych warunków, zarówno naukowych, jak i materjalnych. W Kochanówce też pracował cały szereg lekarzy, odgrywających dziś rolę wybitną w nauce. Dość wspomnieć, że dyrektorem Kochanówki był dr. Mazurkiewicz — obecny profesor psychjatrji w Warszawie i dr. Chodźko — b. minister zdrowia, zaś ordynatorami byli w Kochanówce: dr. Borowiecki — obecnie profesor neurologji i psychjatrji w Poznaniu, dr. Grzywo-Dąbrowski — obecnie profesor medycyny sądowej w Warszawie, dr. Łuniewski — obecnie dyrektor szpitala psychjatrycznego w Tworkach, dr. Kopciński — senator, wybitny działacz na polu szkolnictwa, dr. Morawski i t. d.

Wewnętrzny tryb życia szpitalnego w r. spr. nie był niczem zakłócony. W szczególności rok upłynął bez samobójstw, a niższy personał szpitalny, złożony wyłącznie ze starych pracowników, stał na wysokości zadania, nie wysuwając, a przynajmniej nie obstając przy niewykonalnych żądaniach.

Personał lekarski składał się z dyrektora i 3-ch ordynatorów: d-ra Maślanki, Siwińskiego i Zylbercwajgowej, przyczem dr. Maślanka, wskutek redukcji personału w lutym opuścił Kochanówkę.

W ciągu miesięcy letnich pełnił zastępczo obowiązki lekarskie w Kochanówce stud. med. Uniw. Krakowskiego S. Kowalski, również przebywał na praktyce student Uniw. Jagiellońskiego Karol Mikulski i M. Świderkówna — stud. Uniw. Poznańskiego.

Koszta utrzymania chorych psychicznie niepomiernie obciążyły miasto Łódź. Z tych powodów Kochanówka, w której mieściło się niekiedy około 400 chorych, w roku sprawozdawczym, wyjątkowo tylko, posiadała 200 chorych dziennie. Magistrat w ciągu roku sprawozdawczego dwukrotnie wywoził chorych swoich do Kocborowa na Pomorzu (łącznie 66 pacjentów). W Kochanówce ilość chorych spadła w lipcu z 202 na 134, poczem powoli wzrastać poczęła, by w listopadzie znów spaść na 141.

Podnieść z uznaniem należy, że pomimo ciężkich warunków materjalnych, Komitet i w roku bieżącym wydelegował na trzeci zjazd psychjatrów w Wilnie d-rów Mikulskiego i Siwińskiego, przyczem dr. Mikulski wygłosił referat na temat: „Postępy w leczeniu chorób psychicznych".

W dniu 11-go marca ukończono druk „Dziennika I Konferencji Psychjatrów szpitalnych polskich w Kochanówce pod Łodzią", w ilości 200 egzemplarzy.

W dniu 30. VI. Ministerstwo Zdrowia udzieliło zapomogi w wysokości 500 tys. mk., 31. XII. — 1 miljon mk.

Nie pozostawał również obojętnym na potrzeby szpitala Komitet i w dniu 29. IV. urządził pod protektoratem p. Heleny Geyerowej koncert-raut, który przyniósł 7 miljonów mk., głównie dzięki ofiarom, inkasowanym przez W. P. H. Geyerową.

Komitet szpitala w dowód uznania zasług W. P. H. Geyerowej postanowił złożyć jej specjalne podziękowanie, prosić

o przyjęcie godności członka honorowego Komitetu i ufundować łóżko jej imienia w paw. im. E. Geyera.

Dział rozrywkowy był stale urozmaicany przez starania miejscowego personału, który dawał przedstawienia amatorskie.

Również dwukrotnie przyjeżdżali uczniowie państwowego gimnazjum im. Kopernika w Łodzi, dając koncerty.

LICZBY.

Na dzień 1 stycznia 1922 pozostało: 129 chorych. W ciągu roku przybyło 378 ch. W ciągu roku wypisano 350 ch. W ciągu roku wyleczono 32 chorych, zmarło 40 ch., pozostało na 31 grudnia 157 ch., śmiertelność 7,8%.

Podług rozpoznania: Idiotismus et imbecillitas 25 ch. Paralysis progressiva 62 ch. Lues cerebri 8 ch. Arteriosclerosis cerebri 4 ch. Psychosis senilis et praesenilis 38 ch. Dementia praecox 138 ch. Psychosis maniaco-depressiva 91 ch. Amentia 12 ch. Psychosis epileptica 44 ch. Psychosis hysterica 33 ch. Alcoholismus chronicus 8 ch. Encephalitis lethargica epid. 17 ch. Tumor cerebri 2 ch. Na obserwacji było 13 ch. Psychasthenia 8 ch. Psychosis traumatica 1 ch. Psychopathia constitutionalis 2 ch. Myelilis transversa 1 ch.

Przyczyny zejść śmiertelnych: Tuberculosis pulm. et. intest 7 ch. Marasmus paralyt. 9 ch. Encephalitis epidemica 2 ch. Myocarditis 1 ch. Adynamia cordis 8 ch. Vitium cordis 1 ch. Pneumonia 5 ch. Arteriosclerosis 3 ch. Enteritis 1 ch. Status epilepticus 1 ch. Marasmus 1 ch. Haemorrhagia cerebri 1 ch.

4

„KOCHANÓWKA" — pod Łodzią. — Szpital dla umysłowo i nerwowo chorych. XXII Sprawozdanie Lekarskie za **rok 1923.** Zestawił Dr. med. Bolesław Siwiński

Rok 1923 był pod pewnym względem pomyślniejszy dla Kochanówki od 2-ch poprzednich lat, a mianowicie, dzięki umowie zawartej w lutym z Magistratem m. Łodzi, zmienił się charakter szpitala na korzyść, bowiem znowu Kochanówka mogła nieść pomoc najszerszym warstwom społeczeństwa.

Z uznaniem podnieść należy zlikwidowanie przez Magistrat m. Łodzi sprawy wywożenia chorych, po czem pozostało tylko wspomnienie.

Magistrat przyjął na swój koszt 13 chorych, których Kochanówka od kilku lat utrzymywała bezpłatnie, co pokryło do pewnego stopnia straty poniesione na skutek ustępstwa 30% od zasadniczej stawki. Niestety stawka przeznaczona za owych 13 chorych (jak w Kocborowie) była już tak małą, że nie wpływała na polepszenie warunków materjalnych szpitala.

Natomiast w roku 1923 spotkała szpital nasz strata, gdyż 28. IX. opuścił stanowisko dyrektora Profesor Dr. med. Antoni Mikulski, powołany na katedrę psychjatrji we Wszechnicy Stefana Batorego w Wilnie. Od 1914 roku pełniąc w niezwykle ciężkich warunkach swe czynności, trwał na stanowisku niezłomnie tracąc siły i zdrowie, to też był żegnany uroczyście przez Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Rok 1923 był rokiem zmagań z trudnościami natury finansowej powstającemi wskutek maksymalnej drożyzny, łącznie z maksymalną dewaluacją pieniądza. Jeżeli do tego dodać trudności inkasowania należności, niezwykle ciężką zimę (szpital opalano 2 razy dziennie), rok przebyty, gdy się obejrzeć wstecz, wydaje się czemś nie do pomyślenia.

Zaznaczyć należy, iż kilkakrotne wywożenia chorych do Kocborowa i związana z tem redukcja personału, pozbawiły szpital wielu dobrych i uczciwych pracowników, których dobór odbywał się przez kilkanaście lat. Po likwidacji więc, gdy znowu chorzy zaczęli napływać, dobór nowych a dobrych pracowników w ciągu 1—2 lat napotykał na wielkie trudności.

Prezesem Komitetu Szpitala został wybrany p. Włodzimierz Horodyński, długoletni członek Komitetu, wiceprezesem p. Dr. Grabowski.

W skład członków Komitetu wchodzili: p. p. Berg, Buhle, Daube, Dr. Gołc, Kopczyński, Olszewski, Petrykowski, Raczyński, Sułocki i Wagner.

Z dużym nakładem czasu i pracy Komitet przygotował bal maskowy na styczeń 1924 roku, przyczem uzyskane fundusze pozwoliły zaspokoić palące potrzeby szpitalne, jak np. zakup bielizny, kołder i t. p.

Warunki pracy dla lekarzy były w r. b. bardzo ciężkie, gdyż na 225 chorych przy dużym ruchu oprócz dyrektora pracował tylko jeden lekarz Dr. Z., podczas gdy w 1914 roku na 250 chorych było oprócz dyrektora 6 lekarzy.

Na kilka miesięcy letnich przybył do pomocy student med. U. J. S. Kowalski.

O lekarza przy bardzo niskiej stopie wynagrodzenia było bardzo trudno i dopiero w listopadzie przybyła Dr. Bokun-Dokontowa. To też mogliśmy znowu przy-

stąpić do pracy naukowej i odtąd rozpoczęły się konferencje, na których ordynatorzy referowali artykuły piśmiennictwa zagranicznego.

Dr. Siwiński rozpoczął badania nad odczynem Biernackiego we krwi u chorych psychicznie, Dr. Zylbercwajgowa wykończyła pracę pod tyt. „Przeżycia chorych psychicznie" W pracowni chemicznej badania moczu dokonywała Dr. Zylbercwajgowa, w pracowni anatomo-patologicznej rozpoczęła badania mikroskopowe Dr. Bokun-Dokontowa.

W r. b. odbywali praktykę lekarską w Zakładzie następujący studenci Uniw. Jagiel. w Krakowie: Liszka, Białas, Ferens, Szwadron i Mikulski K., jakoteż stud. Uniw Pozn. W. Zamojski. Studenci odznaczyli się pracowitością j przyczynili się wydatnie do rozwoju działu rozrywek, które odbywały się stale, więc przedstawienia teatralne, koncerty, loterja fantowa, biegi w lesie, bal maskowy, zabawy zwykle tak mile widziane i tęsknie oczekiwane przez chorych, w grudniu zaś bal sylwestrowy

W roku bieżącym poświęcono następujące łóżka: łóżko im. Heleny Geyerowej, im. prof. Antoniego Mikulskiego i im. Dr. Chodźko.

LICZBY.

Na dzień 1 stycznia 1923 pozostało: 157 ch. W ciągu roku przybyło 435 ch. wypisano 385 ch. wyleczonych 57 ch. zmarło 45 ch. Pozostało 31 grudnia 207 ch., śmiertelność wynosiła 7,9%.

Podług rozpoznania: Idiotismus et imbecillitas w r. 1923 21 ch. Paralysis progressiva 55 ch. Lues cerebri 23 ch. Arteriosclerosis cerebri 9 ch. Psychosis senilis et praesenilis 50 ch. Dementia praecox 122 ch. Psychosis maniaco - depressiva 95 ch. Amentia 14 ch. Paranoia 7 ch. Psychosis epileptica 51 ch. Psychosis hysterica 61 ch. Simulatio 2 ch. Alcoholismus chronicus 24 ch. Morphinismus 1 ch. Encephalitis lethargica epid. 21 ch. Tumor cerebri 1 ch. Observatio 15 ch. Psychasthenia 5 ch. Psychosis traumatica 3 ch. chorea 1 ch. Psychopathia constitutionalis 1 ch. Taboparalysis 5 ch. Mening cerebrospinalis 1 ch. Myelitis transversa 3 ch. Głuchoniemota 1 ch.

Przyczyny zejść śmiertelnych: Tuberculosis pulm. et intest. 9 ch. Marasmus paralyt. 12 ch. Adynamia cordis 5 ch. Nephritis 1 ch. Pneumonia 7 ch. Meningitis cerebrospinalis 1 ch Arteriosclerosis 1 ch. Erysipelas 2 ch. Encephalomalatia 1 ch. Haemorrhagia cerebri 3 ch. Marasmus senilis 2 ch.

STRESZCZENIA i OCENY.

NIEBEZPIECZEŃSTWO „WÓDKI KSIĘŻYCOWEJ" W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOC.

Dyrektor zakładu psychjatrycznego (Psyhopathical Hospital) w Chicago, Dr. Francis J. Gerty, ogłosił w lipcowym zeszycie 1924 American Journal of Public Health (Vol. XIV), wyniki kliniczne działania „księżycowej wódki" w czasie od chwili wprowadzenia w Stanach Zjednoczonych całkowitego zakazu spożycia, sprzedaży, wwozu i wywozu alkoholu.

Pod nazwą „wódka księżycowa" jest rozumiana wódka przygotowywana potajemnie. Aparaty gorzelniane przez ostrożność puszczane są w ruch w nocy; stąd nazwa wódki. Aparaty są najczęściej przechowywane w miejscach zanieczyszczonych, sam wyrób wódki odbywa się w sposób najbardziej pierwotny, z najdalej idącem zaniedbaniem najbardziej elementarnych wymagań czystości i jakości surowców. Produkt nietylko jest zabrudzony wszelkiego rodzaju nieczystościami, lecz jest jednocześnie w dużym stopniu niedostatecznie destylowany, zawiera wiele aldehydów, szczególnie aldehydu octowego i właśnie te substancje, a nie fuzle lub wyższe alkohole, warunkują charakter „wódki księżycowej" jako trucizny.

Oprócz wódek pędzonych w sposób niedozwolony, nazwą wódki księżycowe jest chrzczona wódka dostarczana drogą kontrabandy. Początkowo ten rodzaj by

*) Dokładne streszczenie artykułu Dr. Kollera, wydrukowanego w „Revue Internationale contre l'alcoolisme", wydanej przez Biuro Międzynarodowe walki z alkoholizmem w Lozannie nr. 2 rok 1925.

bez zarzutu pod względem jakościowym. Lecz dla osiągnięcia większych zysków zaczęto z czasem dolewać do wódki wody, a dla utrzymania jej „ostrego smaku" zaczęto dodawać najrozmaitsze środki chemiczne, ługi, kwasy itp. Dr. Gerty przytacza przypadek chorego, który wypijał mieszaninę alkoholu metylowego z kwasem solnym i lakierem. W innych przypadkach pito zabarwiony i zanieczyszczony spirytus drzewny w tym stanie w jakim używają go malarze. W innych pito spirytus denaturowany, nalewkę imbirową itd.

Również w Chicago (liczącem 3, 2 miljony mieszkańców) i innych miejscowościach Stanów Zjednoczonych spożycie tego rodzaju surogatów wódki od czasu wprowadzenia zakazu, spowodowało znaczny wzrost przypadków alkoholizmu leczonych w Psychopathical Hospital i w Cook County Hospital.

W obu szpitalach wzrosła znacznie liczba przyjęć alkoholików i liczba przypadków śmierci od alkoholizmu. Psychopathical Hospital wykazuje liczby następujące:

Rok	Przyjęto		Procent ogólnej liczby przyjęć	Śmierć
	mężczyzn	kobiet		
1917 (przed zakazem)	513	136	16,6	11
1918	268	51	7,6	2
1920	272	21	6,8	8
1921	557	47	14,3	14
1922	867	96	27,9	25

W Cook County Hospital

Rok	Przyjęto alkoholików	Marskość wątroby	Biała gorączka
1910	387	137	
1913	486	154	
1916	—	—	33
1917	199	159	
1918	168	48	
1920	641	19	
1921	911	36	1
1922	1130	59	1

W mieście Chicago zmarło od alkoholizmu w roku 1917 - 187, w 1920 - 46, w 1922 - 155.

W obu szpitalach wzrosła liczba przyjęć alkoholików jak również wypadków śmierci od alkoholizmn. Przeważnie liczby podane przekroczyły liczby wykazywane przed wprowadzeniem zakazu. Psychopathical Hospital nie podaje liczb z przed 1917 r. Widocznie szpital sam powstał w tym czasie. Szpital jest przeznaczony dla psychicznie chorych; są tam przyjmowani chorzy wykazujący wyraźny rozstrój psychiczny na podłożu alkoholizmu ostrego lub przewlekłego. Liczba przypadków alkoholizmu u mężczyzn i kobiet bardzo znaczna. Liczba kobiet zmalała od chwili wprowadzenia zakazu i obecnie nie odbiega jeszcze zbytnio od liczb z roku 1917. Natomiast liczba mężczyzn zwiększyła się blizko o połowę stanu z przed zakazu. Widocznie „Wódka księżycowa"

jest tak straszna, że kobiety cofają się przed nią wcześniej niż czynią to mężczyźni.

Według Dr. Gerty'ego większa szkodliwość „wódki księżycowej" wyraża się w szybszem występowaniu objawów zatrucia w stosunku do alkoholu zwykłego. Chorzy wcześniej trafiają do szpitala wskutek ciężkich objawów zatrucia, często bardzo prędko po zażyciu nawet nie wielkich ilości. Objawy — to objawy ciężkiego zatrucia mózgowego: zapaść, ciepłota niższa od normalnej, oddychanie powierzchowne, sinica, wzmożone wydzielanie potu. Jeżeli zapaść trwa dłużej niż 5 godzin, przychodzi szybko oddech rzężący, sprawa staje się groźna. Przeważnie udaje się uratować życie chorego, lecz pozostaje zwykle pewne zmniejszenie sprawności psychicznej.

Natomiast rzadkie są przypadki typowego delirium tremens. Łatwo występują odleżyny, drzenie, niepokój ogólny, wysokie podniesienie ciepłoty na krótko przed śmiercią.

Czasami obserwowano toksyczną żółtaczkę, napady padaczkowe. Oba objawy dawały złe rokowania. Natomiast nie obserwowano typowego splątania i typowych omamów zmysłowych. Jako pozostałość po przebytej ostrej chorobie obserwowano stale otępienie.

Częściej niż delirium tremens obserwowano alkoholową halucynozę, lecz także przeważnie nietypową. Ostra choroba miała stale tendencję przeobrażenia się w przewlekłą z następczem otępieniem. Choroba Korsakowa zdarzała się tak samo często co dawniej. Częściej niż poprzednio można było obserwować stale otępienie, znacznie częściej niż w zwykłych przypadkach przewlekłego alkocholizmu. Pseudoparalysis alcoholica i paranoia alcoholica zdarzały się równie często, co poprzednio, jednakże także z tym rysem charakterystycznym, że łatwiej przechodziły w otępienie. W ogólności przypadki „księżycowego alkocholizmu" dawały się wtłoczyć w zwyz kłe rany psychoz alkocholowych, posiadały jednakże stale pewne nietypowe odcienie. Rozsiane zapalenie nerwów i zanik nerwu wzrokowego obserwowano obecnie rzadziej, niż zdarzyło się dawniej przy zatruciach alkoholem metylowym. Przy prześwietlaniu stwierdzono zwapnienie naczyń siatkówki. W moczu stale znajdowano ślady białka i prawie zawsze aceton. W przypadkach o zejściu śmiertelnem znajdowano przeważnie surowicze zapalenie opon mózgowych, a w przypadkach daleko posuniętych zanik kory mózgowej, a także tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, obrzęk, płuc i pewien stopień zapalenia nerek. Często również było zrazowe zapalenie płuc.

Rzuca się w oczy przy „księżycowym alkoholizmie" szczególnie rzadkie występowanie marskości wątroby. Dr. Gerty wyciąga stąd wniosek, że zatrucie mózgu w przypadkach „księżycowego alkoholizmu" występuje tak szybko i tak wcześnie sprowadza chorego do szpitala, że szkodliwy wpływ napoju na wątrobę nie zdążył jeszcze uwydatnić się.

Podobnie przypadki delirium tremens w Cook County Hospital, które występowały u chorych leczonych na ogólne choroby cielesne, były bardzo rzadkie. Zapewne tutaj tłomaczenie Dr. Gerty'ego znajduje zastosowanie. Wiemy bowiem, że delirium tremens występuje dopiero na podłożu latami całemi trwającego alkoholizmu.

Z rozważań powyższych wynika, że od czasu wprowadzenia zakazu, chorzy przyjęci do przyjęci do szpitali w Chicago wykazują prawie bez wyjątku „księżycowy" charakter alkoholizmu, jako powód przyjęcia. Wynika stąd zatem również i stwierdzenie faktu, że alkohol w zwykłej postaci od czasu wprowadzenia zakazu zniknął prawie całkowicie ze spożycia w Stanach Zjednoczonych. Na jego miejsce rozpowszechniło się natomiast znacznie niebezpieczniejsze spożycie „wódki księżycowej" i sprowadza, przynajmniej w Chicago, znaczne zwiększenie przypadków alkoholizmu i śmierci wskutek alkoholizmu,

niż przed zakazem. Przeciwnicy zakazu wyprowadzają stąd wniosek, że lepsze było by w takim razie zniesienie zakazu Zapominają przytem, że najlepsza nawet wódka, najstaranniej nawet przedestylowany alkohol, jakkolwiek nie sprowadza skutków tak szybkich, jak alkohol zawierający szkodliwe surogaty, nie mniej przeto sam w sobie sprowadza skutki szkodliwe dla zdrowia cielesnego i psychicznego. Droga wskazana narodowi amerykańskiemu i jego władzom rządowym jest droga wytrwania przy zakazie i bezwzględnego zwalczania „wódek księżycowych" na tej zasadzie, że alkohol jest środkiem tak szkodliwym pod względem zdrowotnym (moralnie i fizycznie) oraz gospodarczym, że jego zakaz musi być uważany jako nakaz konieczny. Niepodobna niezgodzić się z tym wywodem ostatecznym referenta.

Ref. R. Radziwiłłowicz.

OBJAW DEMOOR'A A ALKOHOL I ZMĘCZENIE.

Dr. August Ley, prof. psychjatrji w Brukseli ogłosił ciekawy przyczynek*) do wpływu alkoholu na psychikę, stwierdzając fakt pojawiania się objawu Demoor'a przy niewielkich nawet dawkach alkoholu. Nazwiskiem Demoor'a chrzcimy w psychjatrji, jak wiemy, objaw spotykany u chorych o zmniejszonej w znacznym stopniu sprawności psychicznej, polegający na tem, że jeżeli dać choremu do rąk dwa przedmioty jednakowej wagi, lecz różnej wielkości, chory będzie stale uważał przedmiot większy za cięższy i żadne ponawianie próby doświadczalnej, że tak nie jest, że przy różnej wielkości, przedmioty mogą dawać doświadczenie tego samego ciężaru, nie są w stanie wyprowadzić chorego z błędu.

W doświadczeniach posługujemy się zwykle metodą znaną w psychologji pod nazwą metody Flournoy, polegającej na tem, że badanemu daje się do rąk dwie kule metalowe, lub gumowe, jedną pełną drugą pustą w środku, obie tej samej wagi, lecz różnej wielkości i poleca się powiedzieć, która jest lżejsza. Odpowiedź zwykła jest, że większa kula jest lżejsza. Ponieważ kula większa jest pusta w środku, można dosypywać do niej śrót albo piasek o określonej wadze do czasu, dopóki badany nie stwierdzi w doświadczeniu, że ciężar obu kul jest równy. W ten sposób można ściśle, w gramach, określić stopień popełnionej pomyłki.

To „złudzenie wagi" jest objawem późnym psychogenetycznie. Pojawia się w 5 lub 6 roku życia dziecka po szeregu dokonanych przez dziecko doświadczeń osobisych nad stosunkiem wielkości przedmiotu do jego wagi.

„Złudzenie wagi" od dawna jest przedmiotem ścisłych badań psychologicznych i rozważań nad źródłem złudzenia.

Profesor Flournoy w Genewie, który pierwszy podjął gróbę ściślejszego zbadania złudzenia, wykazał, że nie chodzi tujaj o samo tylko czucie mięśniowe, lecz że wchodzą w tych razach w grę sprawy wyższego porządku psychicznego, niż samo odbieranie wrażeń zmysłowych.

Psychologowie amerykańscy Seashore i Scripture wypowiedzieli hipotezę zawiedzionego oczekiwania (Disapointed expectation). Widząc dwa przedmioty, dokonywamy uprzednio rozumowania i oczekujemy, że przedmiot większy będzie cięższy, a przedmiot mniejszy, lżejszy. Oczekiwanie nasze zostaje zawiedzione, ponieważ przedmiot mniejszy okazał się względnie za ciężki, stąd złudzenie, że większy przedmiot jest lżejszy.

Zmysły dostarczają tylko surowca dla czynności psychicznej, zachodzącej w postrzeganiu. Materjał zmysłowy dostarczany przez zmysły ulega już w samem postrzeganiu pewnej przeróbce, pewnemu urobieniu. Wrażenia zostają przyswajane, t. zn.,

*) Prof. Dr. Augste Ley de Bruxelles „Alcool et Fatigue". Revue internationale contre l'alcoolisme. Edité par le Bureau international contre l'alcoolisme. Lausanne 1923 N. 4 p. 157.

że stwierdzamy w doświadczeniu, że nie są one nam obce, że łączą się one z całym zasobem postrzeżeniowym uprzednim w ciągu doznawczym. Wrażenia są, dalej, umiejscowiane t. zn., że są one odnoszone do pewnego miejsca w świecie zewnętrznym, skąd przychodzą bodźce działające na narząd zmysłowy, albo są przynajmniej odnoszone do pewnej okolicy zmysłowej, np. pewnego miejsca na skórze. Wrażenia są wreszcie uprzedmiotowiane t. j. ujmowane jako pewien znak istniejącej w świecie rzeczywistości, że obraz otrzymywany za pomocą zmysłów posiada swój rzeczywisty odwzór w świecie zewnętrznym, że obraz postrzegany różni się toto coelo od obrazu wyobrażeniowego, który istnieje tylko w świecie wewnętrznym i nie posiada swego odpowiednika w świecie zewnętrznym, że obraz postrzegany jest rzeczywisty, kiedy obraz wyobrażany jest urojony.

Wszystko to jest zawarte w każdym akcie postrzegania i wskazuje, że doznawania zmysłowe są tylko surowcem, ulegającym urabianiu w samym akcie postrzegania.

Jeżeli weźmie się pod uwagę, że akt postrzegania w doświadczeniu rzeczywistem ako pewne jednostkowe przeżycie psychiczne nie jest nigdy sprawą samą w sobie, oderwaną, oddzieloną od innych spraw psychicznych, zachodzących współcześnie, jak wyobrażanie, myślenie, uczucie, usiłowanie, uwaga, stwierdzić należy, że pogląd psychologów amerykańskich, wspomniany powyżej, wprowadzający w grę w „złudzeniu uwagi" zjawiska wyższego porządku psychicznego i czyniący samo złudzenie zależnem od nich, wydaje się, że najbardziej odpowiada prawdzie, najlepiej tłomaczy sam fakt złudzenia i wielorakość jego przejawów.

Staje się zrozumiały objawy Demoor'a, dlaczego głuptacy i otępieni umysłowo, którzy nie są w stanie wprowadzić w grę żadnych spraw wyższego porządku duchowego i kierują się we wnioskowaniu tylko odebranym od narządów wzrokowych surowym materjałym zmysłowym. Dlaczego również złudzenie przejawia się tak późno psychogenetycznie, dlaczego małe dzieci złudzenia samepo nie doświadczają. Dlaczego odwrotnie u tych, którzy na czuciu mięśniowem przywykli budować swą ocenę wagi np. urzędnicy pocztowi sortujący listy, złudzenie wagi ujawnia się najsilniej, albowiem w nich najbardziej zostało zawiedzione oczekiwanie, które jako prepercepcja poprzedzało odebrane doznawanie mięśniowe.

Ponieważ alkohol i zmęczenie, jak wykazały doświadczenia poprzednie, porażają przedewszystkiem sprawy wyższego porządku psychicznego, należało spodziewać się, że objaw Demoor'a wystąpi również u osób poddanych działaniu każdego z tych czynników. Prof. Ley postawił sobie to pytanie i rozwiązał je w sposób rozstrzygający. W rzeczy samej osoby poddane działaniu alkoholu, albo osoby zmęczone w objawach „złudzenia wagi", zbliżają się do otępionych, głuptaków i małych dzieci.

W pewnym szeregu doświadczeń wykonanych jeszcze 1915 r. prof. Ley poddał badaniu 8 osób, kobiet, pielęgniarek w sanatorjum dla nerwowo chorych.

Dwie kule z kauczuku, które służyły jako narzędzie badania miały jedna 3,8 cm. średnicy, druga 7,3 cm. Waga ich przy rozpoczęciu badania była zawsze równa i wynosiła 52 gramy. Mniejsza kula była napełniona śrótem i jej waga zmianie nie uległa, natomiast do większej dodawano śrótu, aż w doświadczeniu otrzymano wyraźnie doznawanie równości wagi obu. Badany otrzymywał polecenie ważyć obie kule w obu rękach, zmieniając kolejno ręce i kule, aż otrzyma wyraźne doświadczenie równości wagi obu kul. Miał sobie polecone dobrze obejmowkć kule w dłoni, nie tracąc ich jednocześnie z oczu, żeby zawsze zmysły wzroku, ucisku i czucia mięśniowepo wchodziły w grę.

Zachęcano badanego, żeby nie krępował się niczem w dokonywaniu prób mierzenia wagi obu kul, aż nie otrzyma tego szczególniejszego doświadczenia zadowolenia, które powinno mu było dawać stwierdzenie, że obie kule mają wagę równą. Do doświadczeń w tej serji używano 25 gramów alkoholu w formie koniaku w mocnym naparze ocukrzonej mięty na 20 minut przed rozpoczęciem mierzenia złudzenia. Badany nie wiedział, że dostał napój alkoholowy. Mówiono mu ogólnie, że otrzymał środek leczniczy, którego działanie chciano wypróbować. Tego samego dnia, poprzednio, bywała dokonywana próba porównawcza przy zastosowaniu takiego samego naparu mięty, lecz bez alkoholu.

Na początku doświadczenia otrzymał badany obie kule równej wagi 52 gramów. Ażeby otrzymać doświadczenie równości wagi, trzeba było dodawać do większej kuli śrót w stosunku następującym:

Badana lat	Bez alkoholu	Po spożyciu alkoholu
Nr. 1 lat 27	120 gr.	88 gr.
„ 2 „ 32	96 „	80 „
„ 3 „ 19	85 „	69 „
„ 4 „ 20	99 „	78 „
„ 5 „ 20	100 „	82 „
„ 6 „ 25	110 „	100 „
„ 7 „ 30	102 „	94 „
„ 8 „ 21	76 „	76 „

Każda z badanych wykazywała zmniejszenie złudzenia po spożyciu alkoholu. Badane były przeważnie albo całkowitemi abstynentkami albo może używały nie wiele wina lub piwa. Większość skarżyła się na pewną ociężałość w głowie, lecz bez jakichś szczególniejszych przykrych doznawań. Większość uznawała, że napój podany jest niesmaczny, niektóre mówiły, że czuć go wódką.

Wszystkie doświadczenia dokonywano w tych samych warunkach, po południu pomiędzy dwoma posiłkami.

Druga serja doświadczeń była późniejszej daty, w roku 1923. Dokonano badań nad 27 osobami (17 mężczyzn, 10 kobiet) oraz dokonano 32 doświadczenia porównawcze.

Badani otrzymali 25—30 gramów alkoholu, najczęściej w postaci grogu (rum z wodą ocukrzoną), piwa lub wina. Nie ukrywano w tej serji doświadczeń, że chodzi o alkohol, nie dawano alkoholu naczczo. Większość badanych była abstynentami, niektórzy używali umiarkowanie alkoholu.

Cyfry następujące wskazują wagę w gramach większej kuli przy doświadczeniu równości wagi obu. Mniejsza ważyła zawsze 150 gramów.

Badany	Waga przed spożyciem alkoholu.	Waga po spożyciu alkoholu.
Nr. 1	278	205
„ 2	230	152
„ 3	227	143 { złudzenie odwrotne
„ 4	255	195
„ 5	288	210

Badany	Waga przed spożyciem alkoholu	Waga po spożyciu alkoholu	
„ 6	285	205	
„ 7	247	193	
„ 8	235	195	
„ 9	218	172	
„ 10	320	235	
„ 11	280	195	
„ 12	237	101	
„ 13	225	200	
„ 14	193	178	
„ 15	252	172	
„ 16	220	153	
„ 17	200	123	złudzenie odwrotne
„ 18	240	170	
„ 19	183	310	
„ 20	245	185	
„ 21	320	138	złudzenie odwrotne
„ 22	245	170	
„ 23	320	310	
„ 24	230	185	
„ 25	270	138	złudzenie odwrotne
„ 26	230	212	
„ 27	248	270	

Druga serja doświadczeń potwierdza zatem wyniki pierwszej, że niewielka dawka alkoholu zmniejsza złudzenie, a nawet w niektórych przypadkach odwraea złudzenie.

Prof. Ley dokonał szeregu doświadczeń podobnych nad zmęczeniem. Badane były pielęgniarki szpitalne po bardzo wyczerpującej pracy jedynaściegodzinnego dyżuru nocnego od 8—7 z rana. Mierzenie złudzenia dokonano u 10 pielęgniarek po tygodniu ich służby nocnej, po śniadanin w chwili, kiedy schodziły ze swego posterunku. Większość wykazywała wyraźne cechy zewnętrzne zmęczenia, były blade i z lekka ochrypnięte. Badań porównawczych dokonywano nad temi samemi osobami we warunkach normalnych, również po posiłku rannym i po dobrze przespanej nocy. Kula mniejsza ważyła 52 gramy.

Nr.	Badana lat	okres normalny	okres zmęczenia
1	22	97—108	100
2	35	105—120	78
3	30	88	80
4	28	123—120	95
5	31	110— 98	88
6	19	95—102	95
7	21	88— 92	80
8	21	115— 98	77
9	22	81— 88	65
10	19	92— 95	71

Złudzenie wyraża zatem wyraźne dążenie do zmniejszania się pod wpływem zmęczenia.

Jedna z badanych tej serji, z którą dokonano szeregu powtórnych doświadczeń po 10—12 mierzeniach, przy czem badana wytężała mocno uwagę i doświadczała mocnego zmęczenia, sama obserwowała, że jej złudzenie zmniejsza się, aż wreszcie odwraca się. Doświadczenia były powtarzane z tym samym wynikiem. Waga kuli była zawsze 52 gramy. Waga większej kuli w chwili doświadczenia równości wynosiła 1) 96 gr 2) 90 gr. 3) 100 gr. 4) 85 gr. 5) 80 gr. 6) 81 gr. 7) 65 gr. 8) 55 gr. 9) 50 gr. 10) 60 gr. 11) 50 gr. 12) 46 gr. Zmęczenie spowodowane powtarzaniem doświadczeń sprowadziło odwrócenie złudzenia.

Wyniki swych doświadczeń streszcza prof. Ley w sposób następujący:

„Złudzenie jest wynikiem sprawy kojarzenia i scalania myślowego wyższego porządku psychicznego (objaw Demoor'a, późne pojawianie się w psychogenezie, szczególnie silne złudzenie u osób z wyrobionym zmysłem mięśniowym — sortujący listy). Działanie alkoholu na te sprawy wyższego porządku psychicznego jest typowe. Zgodność wyników doświadczeń z wynikami doświadczeń nad działaniem trucizn, należących do grupy narkotyków jest zupełna. Alkohol działa pierwotnie na sprawy psychiczne hierarchicznie najwyższe i najpóźniejsze w rozwoju. Jego działanie subtelne na objawy poczucia moralnego jest charakterystyczne i objawia się u osób poddających się chronicznemu zatruwaniu ustroju alkoholem przedewszystkiem w brakach w dziedzinie moralnej

Pod wpywem alkoholu człowiek zmienia się w kierunku głuptactwa i cofa się w kierunku oddziaływań dziecinnych. Alkohol nawet w dawkach najmniejszych, ujawnia swe działanie jako narkotyk, porażający czynności psychiczne wyższego porządku.

Działanie zmęczenia jest podobne, dąży ono również do zmniejszenia złudzenia wagi aż do jego odwrócenia. Potwierdza w zupełności poprzednie badanie psychologiczne o wpływie zmęczenia na sprawność czynności psychicznych wyższego porządku. Ten wzgląd potwierdza słuszność dążenia ujawnianego przez wielki przemysł krajów zmierzających do utrzymania pierwszego miejsca w wytwarzaniu i w najwydajniejszem wyzyskaniu sił robotniczych, do usunięcia przeciążenia robotniczego i alkoholizmu wśród robotników. Oba zagadnienia idą ręka w rękę i pewne kraje przodujące szczęśliwie to zrozumiały. Jest cechą charakterystyczną naszego wieku fakt, że dane naukowe znajdują coraz więcej oddźwięku w dziedzinie prawodawczej i społecznej.

Jest rzeczą ciekawą stwierdzenie, jak dalece w walce z alkoholizmem może być skuteczne energiczne wkroczenie tych, co rozporządzają autorytetem naukowym w kraju. Wpływ ciał naukowych na prawodawstwo ujawnił się wyraźnie w działalności komisji angielskiej, ustanowionej podczas wojny, oraz w działaniu komisji Akademji Medycznej w Brukseli, która potrafiła ostatnio wskazać tym, w czyich rękach znajduje się władza prawodawcza oraz obywatelom samym, myśl przewodnią, którą kierować się powinien obowiązek społeczny w walce z najcięższą klęską czasów obecnych".

Ref. *R. Radziwiłłowicz*

Bibliografja najnowsza dla użytku instytucji i osób walczących z alkoholizmem.

1) L i n d r u m L. ZWOLF LEHRPROBEN ZUR ALKOHOLFRAGE. (Ein Handbuch für Lehrer und Jugendpfleger zum Gebrauch bei der alkoholgegnerischen Unterweisung in Schulen und Vereinen) 1925. Neuland — Verlag G. m. b. H. Hamburg 30. 84 s.

2) V i s v u n t A s t o r. IN WHICH CAMP? An adres delivered in Newcastle Cathedral January 25-th 1925. Published

by The Temperance Council of the Christian Churches of England and Wales. Abbey House. Westminster. London.S. W. 1. 8 p.

3) Carter-Henig. SHOULD A CHRISTIAN BE A TOTAL ABSTINENT? IBIDEM.

4) ANNUAIRE ANTIALCOOLIQUE INTERNATIONAL 1925) 2 Edite par R. Hereod et A. Koller Lausanne Bureau international contre l'alccoolisme. 1015 272 p. Prix 3.50 frs. suisses.

5) Bennt W. S. DER ALKOHOLSCHMUGGEL IN DEN VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA. Schriften zum Alkoholverbot. H. 1 1924. Hamburg. Deutsche Jugend 16. S.

Dr. R. Benon. ÉPILEPSIE ET DÉLIRE. (Z „Gazette des HOPITAUX" Nr. 45 r. 1925.)

Autor zaprzecza, że delirium epileptyczne istnieje, iakkolwiek przyznaje, że wyjątkowo delirium takie może się zjawić, lecz praktycznie nie odgrywa roli. Autor na 200 przypadków epilepsji z podnieceniem obserwował delirium tylko jeden raz. Za każdym razem, kiedy się wydawało, że ma przed sobą delirium epileptyczne, po dokładnem zbadaniu chorego, autor przekonał się, że był to stan manjakalny; natomiast obserwował w epilepsji krótko trwające pomieszanie z podnieceniem.

Jeżeli pod względem klinicznym mówi się o delirium epileptycznem, to chodzi zwykle o delirium nie systematyzowane, pochodzące ze złudzeń i omamów; jest to raczej delirium, które znajdujemy w intoksykacjach albo w infekcjach Delirium z omamami występuje u tych epileptyków, którzy są chronicznymi alkoholikami. Autor następnie podaje sposób (subtelnego i ciągłego badania i obserwowania chorego), jakim doszedł do wniosku o nieegzystencji delirium epileptycznego.

W epilepsji występuje zwykle pomieszanie objawiające się zaburzeniami w percepcji, w rozpoznawaniu osób, miejsca i przedmiotów. Pomieszanie takie trwa krótko, minuty, godziny, rzadko dnie. Po tem pomieszaniu występuje wyraźne osłabienie psychiczne objawiające się nieporządkiem myślowym i bezsilnością mięśniową. Pomieszaniu poepileptycznemu może towarzyszyć podniecenie. Wybuchy impulsywne nieuporządkowane występują mianowicie wtedy, gdy pomieszanie jest skomplikowane z powodu złudzeń i omamów.

Manja epileptyczna we wszystkich swoich formach jako hypomanja, manja ostra, szał manjakalny, przedstawia syndrom zwykły, poepileptyczny. Autor nie uznaje osobnego charakteru epileptycznego; rzekomy osobliwy charakter epileptyczny reprezentuje tylko stan manjakalny, a jeżeli epileptyk jest wrażliwy, to wskutek depresji. Autor twierdzi na podstawie swoich studjów, że to, co inni nazywają niesłusznie delirium, jest właściwie stanem manjakalnym i na tej zasadzie opiera swoje zabiegi lecznicze w przypadkach epilepsji.

Ponieważ kąpiel ciepła a nawet gorąca uspakaja chorych znajdujących się w stanie manjakalnym i przedstawia zarazem środek hygieniczny do utrzymania chorego w czystości, przeto stosować zaleca kąpiel takową w przypadkach manji epileptycznej. Wszelako dość często zdarza się, że manjak epileptyczny nie znosi takiej kąpieli, dla tego niezbędnym jest dozór, wykonywany przez doborowy personał. Pozatem autor proponuje pozostawić manjaka epileptycznego w dobrze ogrzanej wyścielanej izolatce bez łóżka. Autor występuje przeciwko używaniu kaftana bezpieczeństwa i uważa go za środek niebezpieczny; ze środków chemicznych jako środek uspakający autor wymienia hyoscynę używaną miarowo. Gardenal i Brom nie uspakajają manjaka epileptycznego.

A P.

Dr. Jean Robert.

LA GUERISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES.

(Z „Gazette des HOPITAUX" Nr. 51 r. 1925).

Przez opóźnione wyleczenie rozumiemy w ogólności wyzdrowienie z zaburzeń psychicznych trwające bez przerwy 3 lata (Morel). Niektórzy psychjatrzy nie zgadzali się na to zdanie mimo licznych obserwacji Esquirola, Morela, Griesingera, Guilaina. Obecnie uznaje się powszechnie wyleczenie opóźnione. Petren w r. 1908 zestawił już 30 ogłoszonych przypadków niewątpliwych wyleczenia opóźnionego. Stwierdzono także wyleczenie w przypadkach, w których chorzy przebywali 10, a nawet 14 lat w zakładach. Fakty te nakładają na lekarza obowiązek wielkiej przezorności w rokowaniu. Nie wolno zatem z góry przepowiadać nieuleczalności, jeżeli niema objawów wyraźnych, wskazujących na zupełną ruinę wszystkich władz psychicznych. Szczegół ten nabiera znaczenia przedewszystkiem w takich przypadkach, gdzie wyłoniła się kwestja rozwodu. Nie należy mieszać wyleczenia choroby psychicznej z opóźnionem ustaleniem się stanu spokojnego otępienia. Stan taki z punktu widzenia socjalnego może być uważany jako wyzdrowienie i pozwala na zwolnienie pacjenta z zakładu i na przystosowanie się tegoż do życia społecznego, wszelako stan ten z punktu widzenia lekarskiego nie jest wyleczeniem, ponieważ pacjent wykazuje pewne braki psychiczne. Pojęcie „wyleczenia opóźnionego" obejmuje nie tylko fakt ustąpienia objawów chorobowych, ale także fakt, że chory jest przeświadczony o tem, że był psychicznie chory i że katamneza potwierdza wyleczenie ustalone (Brawet). Trzeba wiedzieć, że niektóre osoby, rzeczywiście wyleczone, nie chcą się przyznać dobrowolnie do tego, że były psychicznie chore albo nie zdają sobie sprawy z tego, że przebyły ciężką chorobę psychiczną i nie chcą przyznać się do choroby.

„Wyleczenie opóźnione" obserwujemy w psychozie manjakalno-depresyjnej, mianowicie w melancholji, i to w takich przypadkach, gdzie schorzeniu uległy osoby starsze, oraz w tych przypadkach, gdzie wpływ przyczyn okazyjnych działa na czynniki dziedziczności. Te same osobliwości znajdujemy w rzadkich przypadkach katatonji, a nawet paranoji. Rozumie się, że nie można mówić o wyleczeniu w otępieniu organicznem.

Referent uwypukla pierwiastki prognozy względnie pomyślnej w psychozie manjakalno-depresyjnej i charakteryzuje je jako dawniejsze napady choroby, które przeszły bez śladu, nagłe powstanie choroby w stanie pełnego zdrowia u osoby, która nie uległa żadnemu osłabieniu psychicznemu, trwanie aktywności psychicznej zachowanie automatyzmów zwykłych i zawodowych jako też skłonności i dążności dawniejszych, mniej lub więcej dyskretny udział chorego w życiu otaczającem, zmiana stanów podniecenia i depresji, przewaga stanów lękowych, uprzedzenia hypochondryczne albo rodzinne i objawy Cotarda. U katatoników upatrujemy objaw pomyślny w mniej lub więcej efektywnem udzielaniu się chorego otoczeniu, w jego uśmiechu adekwatnym, dalej w fakcie, że chory podczas ostrego okresu cierpienia nabył nową treść umysłową, że objawiał ciekawość, inicjatywę, że rozumował logicznie, że miał dążenia prawidłowe; przejawy emotywne wykazują, że chory nie zatracił kontaktu ze światem zewnętrznym.

Co się tyczy urojeń prześladowczych, autor zaznacza, że urojenia, z których chory się wyleczył, mają w stanach melancholijnych w ogólności charakter wtórny i często powstają w epoce menopauzy; halucynacje zaś nie są stałe. Nie jest bynajmniej objawem rzadkim, że zwolnienie chorego z zakładu albo powrót do rodziny dokonywa wyleczenia.

A. P.

Prof. Henri Claude. PSYCHOSES PARANOIDES.
(l'Encéphale r. 1925 Nr. 3).

Claude odróżnia dwie grupy psychoz urojeniowych, mianowicie 1) grupę paranoiczną, 2) grupę paranoidną. W grupie pierwszej objawy konstytucji paranoicznej (pycha, podejrzliwość, błędne sądy, pobudliwość wzruszeniowa, niedostosowanie się) przedstawiają się w sposób mniej lub więcej typowy. W grupie tej autor odróżnia paranoję chroniczną typu Magnana od psychozy omamowej, urojeń interpretatywnych, urojeń chorego, że się znajduje pod cudzym wpływem. Pozatem autor uznaje formy mieszane. Do tej samej grupy Claude zalicza formy kliniczne, których cechą charakterystyczną są następujące objawy: urojenia t. zw. prześladowanych prześladowców, erotomanjakalne, erotyczne, mistyczne, ambitne i polityczne.

W grupie psychoz paranoidnych autor odróżnia dwie podgrupy, 1) demencję paranoidną hebefrenijną, do której należą przypadki prawdziwej hebefrenii z urojeniami i omamami, z uczuciem, że działają, wpływy zewnętrzne; u chorych tego rodzaju stwierdzamy objawy hebefrenijnego osłabienia intelektualnego.

2) Psychoza paranoidna schizofrenijna, manifestująca się aktywnością urojeniową niezborną, niedostatecznie usystematyzowaną, odznaczającą się jednakże pewnymi kompleksami afektywnymi. Objawy dementywne mają nasilenie minimalne. Chodzi tu w rzeczywistości o głębokie rozszczepienie osobowości typu schizofrenijnego.

Rozpoznanie psychoz paranoicznych i paranoidnych autor opiera na różniczkowaniu następującem:

W psychozach paranoicznych zachodzi: przesada w skłonnościach wrodzonych, przesada afektywności, brak objawów rozszczepienia; kontakt ze światem zewnętrznym jest utrzymany; Myśl, aczkolwiek oparta na fałszywych przesłankach, rozwija się logicznie i systematycznie; liczne wyobrażenia wielkości obok wzmożonego poczucia krzywdy doznanej stanowią cechę wyraźną chorobową; urojenia te nie manifestują się na zewnątrz przez długie lata i pozwalają choremu przystosować się do środowiska socjalnego. Urojenia są zborne i mało ekspansywne; pamięć jest dokładna, aktywność intelektualna intensywna, system urojeniowy stały i jasny, afektywność i reakcja wzruszeniowa ożywiona. Nabycie i rozwój nowej treści intelektualnej są możliwe, odruchy neuro-wegetatywne żywe.

Psychozy paranoidne charakterystyczne są przedewszystkiem z powodu zniekształcenia dążności chorego. Rozpad osobowości, niezborność, zanik kontaktu ze rzeczywistością, zaburzenia afektywne, nielogiczny i niedostateczny rozwój myśli, urojenia wielkości wyrażane bez przekonania, obojętność wobec prześladowań, wczesne przejawy stanów bredzeniowych, reakcje absurdalne powodują wczesne umieszczenie chorego w zakładzie, mianowicie na skutek czynów prowokacyjnych. Zachowanie się chorego jest znacznie znieprawione i nie pozwala mu istnieć na wolności. Brak spójności w ekspansywnych urojeniach, niedokładność poznawania, absurdalne niezborne fabulacje, ubóstwo myśli i konceptów przy usprawiedliwianiu czynów i różnorodnych wielokształtnych urojeń, osłabienie uczucia, życie w świecie wymarzonym, zanik aktywności intelektualnej i pragmatycznej uzupełniają obraz chorobowy. Dawniejszy nabytek treści umysłowej jest zachowany, niema natomiast nowych zdobyczy umysłowych Odruchy neuro-wegetatywne najczęściej są osłabione albo zniesione.

Ewolucja psychoz paranoicznych postępuje wolno; psychozy nie przechodzą w otępienie; aktywność pragmatyczna jest zachowana. Niektórzy chorzy mogą żyć na wolności, nie objawiając swoich urojeń.

Natomiast w psychozach paranoidnych rozwój choroby postępuje szybko. Często

zachodzą u tych chorych czyny antysocjalne i już we wczesnym okresie chorobowym chorzy uderzają impulsywnemi wyładowaniami swojemi i nie umieją przystosować się do środowiska socjalnego. Prognoza psychoz paranoidnych jest niepomyślna; chorzy dotknięci tą psychozą pozostają niezdolni do uporządkowanej pracy, podczas gdy chorzy paranoiczni, ponieważ posiadają zdolność przystosowania się, mogą w odpowiednich warunkach być zatrudnieni także na wolności.

A. P.

Doc. V. M. Buscaino — I DATI PIU RECENTI (1920—1923) D' ISTOLOGIA PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO DEI DEMENTI PRECOCI (Rassegna di Studi Psichiatrici Vol. XIII. Fasc. 3—4).

W wielu przypadkach otępienia wczesnego udało się stwierdzić w układzie nerwowym, anatomicznie zadokumentowane, pewne anomalje konstytucyjne i predyspozycję do zachorzenia.

Otępieniu schisofrenijnemu towarzyszą zmiany natury degeneratywnej w tkance nerwowej (w ścisłem tego słowa znaczeniu) również w przypadkach tych, gdzie śmierć nie była poprzedzona chorobą infekcyjną ni też zachorzeniem naczyń mózgu i opon.

Zmiany chorobowe komórek nerwowych charakteryzują się tworzeniem próżni w protoplazmie; zmiany te mogą być rozlane, są jednak najczęściej rozsypane ogniskowo.

Również ogniskowo wciągnięty jest w proces chorobowy glej w korze i po za nią. Następują tam zmiany w jądrach w formie przerostu, zniekształcenia etc.

Ogniska te chorobowe („zony z rospadem gronkowym i pokrewnemi formami: rzeszetowatość, porowatość i inne) znajdują się w drogach nerwowych i w szarych jądrach podstawowych.

Liczne ogniska zmian patalogo-anatomicznych są, zatem, w korze, w drogach włókien i zwojach podstawowych. Mózg w otępieniu wczesnem, w ten sposób jest jak by nakrapiany mnóstwem mikroskopijnych ognisk chorobowych.

Bardziej dotknięte są zwoje czołowe a w nich warstwa trzecia komórek.

W przypadkach z omamami słuchowymi, uszkodzona jest przeważnie część skroniowa kory.

W formach katatonicznych przeważają zmiany w paleostriatum, w mesencephalonc nucleus dentatus, cerebellum, olivae i rami correspodentes.

Z patalogo-anatomicznego punktu widzenia należy uważać zespół otępienia schizofrenijnego za zewnątrz - pochodny (w stosunku do mózgu).

Obecność licznych ognisk chorobowych rozsianych w korze, we włóknach nerwowych i w jądrach podstawowych, — daje nam dostateczne wytłomaczenie dissocjacyjnej natury otępienia wczesnego. Stwierdzane często chorobowe zmiany w ośrodkach ekstrapiramidowych tłomaczą „katatoniczny" charakter niektórych form dem. prx.

Objawy katatoniczne nie są pochodzenia psychorodnego, ani też deriwatami „kompleksów" nam nie znanych konfliktów psychicznych, lecz mają za swe źródło intoksykacyjny proces chorobowy ośrodków innerwacji tonicznej.

O. B.

Dr. Tadeusz Jaroszyński: METODY BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH w SZKOLE.

Wskazówki dla lekarzy szkolnych oraz pedagogów. Wydanie 2 uzupełnione i znacznie rozszerzone.

Warszawa 1925. I. Lisowska.

Znany autor cennych prac z dziedziny wychowania szkolnego i z innych dziedzin wiedzy lekarskiej wydał już po raz drugi swoją książkę: Metody Badań Psychologicznych w Szkole, ponieważ pierwsze wydanie szybko się wyczerpało. Dowodzi to o potrzebie, pożyteczności i wartości tej pracy.

W drugiem wydaniu „Metod" autor poczynił szereg zmian i uzupełnień, dodał w rozdziałach wstępnych „Uwagi ogólne o testach", omówił testy Termana, próby językowe i liczbowe Descoeudres, testy niedorzeczności oraz próby labiryntu Porteusa.

W dziale „badania uzdolnień" autor szczegółowo omówił metodę percentyli Claparède'a, przy roztrząsaniu „metod badania czynności psychicznych" specjalną uwagę zwrócił na określenie inteligencji, dodając testy Decroly'ego, próbę sześcianów Jerkesa, próbę permutacji, szkolne testy rachunkowe i kwestjonarjusz Claparède'a, pozatem omówił oddzielnie testy Thomsona, jakoteż również rozszerzył „dział badania sfery uczuciowej oraz dziedziny ruchowej", dołączając kwestjonarjusz życia afektywnego według Decroly'go, próby służące do badań uczuć etycznych, testy przeznaczone do badania szybkości ruchów i koordynacji.

Końcowe rozdziały poświęcone zostały „zagadnieniom psychopedagogicznym i higjeniczno-szkolnym" przy uwzględnieniu wyników prac autorów polskich. Oddzielnie zostały omówione „badania psychotechniczne", związane z przygotowaniem młodzieży do wyboru zawodu.

Książka Jaroszyńskiego przeznaczona jest dla lekarzy szkolnych oraz pedagogów. Przedmiot traktowany w niej ma jednakże znaczenie ogólniejsze, szersze i wzbudzi zainteresowanie nietylko u fachowców.

Obfita treść, w jasny sposób przedstawiona, zapewni pożytecznej książce Jaroszyńskiego powodzenie i poczytność.

A. P.

Prof. Dr. Antoni Mikulski.

PODRĘCZNIK PSYCHOLOGJI.

Dla użytku studentów medecyny i lekarzy. Nakładem Księgarni Stowarzyszenia Nauczycielstwa Polskiego. Wilno 1924. Stron 221. Zaopatrzony w słowo wstępne prof. Jana Mazurkiewicza.

Autor zaznacza w przedmowie, że celem jego dzieła jest przyjście z pomocą studentom med., którzy by w krótkim czasie mogli się z niej przygotować z psychologji — obecnie obowiązującego na medecynie przedmiotu. Dla tego też książka ma charakter ogólno-orjentacyjny. Autor unika słusznie dalszych wycieczek filozoficznych i metafizycznych, pragnąc się oddać jaknajbardziej celom realnym Jedynie w dziale teorji Freuda wyłamuje się jednak z pod tej zasady, poddając w obszernej krytyce, przeważnie ujemnej ocenie, niektóre z zapatrywań wiedeńskiego uczonego, zwłaszcza zaś jego teorję panseksualizmu.

Na stronie 195 czytamy: „Konstrukcje Freuda odpowiadają charakterowi niemców z ich skłonnością do metafizyki i rozważań scholastycznych, natomiast francuzi zachowują się z wielką rezerwą wobec psychoanalizy, która jednak i we Francji wobec wielkiej reklamy zaczyna czynić postępy". Nasuwa się tu mimowoli pytanie, dla czego autor, świadomy faktu, że freudyzm zawdzięcza dużo z swego powodzenia umiejętnej reklamie, robi mu ją sam, tytułując imieniem tegoż obszerny dział, poświęcony licznym zagadnieniom dotyczącym mechanizmów tak zw. „podświadomości". Wszak sam autor zaznacza, że niejedno z tych zapatrywań i metod psychologicznych znane było również przed Freudem, a to co jest iście freudowskie — teorja panseksualizmu, — napotyka na zastępy przeciwników i sceptyków.

Obszernie ujęty i szczegółowo opracowany jest też dział III. — „początki rozwoju psychicznego dziecka". W podawaniu psychologji studentom medecyny bezwzględnie wskazanem jest położenie akcentu na ontologiczny rozwój psychiczny, gdyż rozszerza to przyrodnikowi pogląd na przedmiot a lekarzowi ułatwia zrozumienie ustosunkowania się elementów psychicznych podczas choroby. Wydawało by się jednak, iż nie na mniejszą uwagę zasługuje także filogeneza procesów psychicznych. W omawianej książce potraktowany jest ten temat zdawkowo.

Nader dodatnią stroną dzieła jest poświęcenie więcej miejsca dla techniki badań eksperymentalnych, która przynajmniej początkującemu lekarzowi ułatwi w znacznym

stopniu orjentację w mozaice objawów i przejawów psychicznych i da możność właściwej ich oceny. Ilustracje i testy, przeważnie ze zbiorów Bernsteina, atlasu Rossolimo, książek Jaroszyńskiego, Bineta. Terminologja psychologiczna: Semon, Jaspers, po części Binet, Ribot a w dziedzinie mechanizmów psychicznych działających w półmrokach świadomości, — Freud i jego adherenci. Trudno nam jest powstrzymać się jednak na tem miejscu od wzmianki, mimochodem, że niektóre z przyjętych wyrażeń jak np. „myślenie nieświadome" zawsze pozostanie nieudanym tworem logicznym mimo swego powodzenia u niektórych psychologów.

Książkę tę pisał lekarz, dlatego też obfituje ona w przykłady, analogje i komentarze brane ze słownika lekarskiego, co jest tylko dodatnią stroną podręcznika, gdyż podaje czytelnikowi, dla którego jest przeznaczona, myśl w najstrawniejszy sposób i nasuwa zaraz praktyczne zastosowanie.

Pod względem zewnętrznym książka przedstawia się nader pochlebnie. Dobry papier, estetyczny krój czcionek, luźne rozmieszczenie materjału, jednolita korekta, dobre ryciny, a nadewszystko nieskazitelna polszczyzna, — składają się dla czytelnika na wytworzenie się momentów psychicznych tak pożądanych przy czytaniu dzieła — spokoju i pogody. ob.

E R R A T A.

Zeszyt	2	str.	146	wiersz	12	od dołu	zamiast	0.1 cm^3	powinno	być	0.1 mm^3
„	2	„	147	„	22	od góry	„	„ „	„	„	„ „
„	3	„	186	„	5	od „	„	schizofrenijnym	„	„	nie specyficznym
„	3	„	202	„	5	od dołu	„	soyaient	„	„	soient
„	3	„	203	„	4	od „	„	X-ty	„	„	XII-ty

KURSY PIELĘGNIARSTWA PSYCHJATRYCZNEGO

Pięcioletnie zabiegi Dyrekcji Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka o zatwierdzenie kursów pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance osiągnęły wreszcie pomyślny rezultat.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia — zatwierdziło kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance.

Jest to zatem pierwsza oficjalna **SZKOŁA PIELĘGNIARSTWA PSYCHJATRYCZNEGO w PLOSCE**

Kurs rozpoczyna się zwykle w październiku i trwa 2 lata.

Podania z załączeniem krótkiego życiorysu przyjmuje Dyrekcja Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka.

K O N K U R S!

NA POSADĘ LEKARZA w KRAJOWYM ZAKŁADZIE PSYCHJATRYCZNYM DZIEKANKA

W Dziekance wakują posady lekarskie-ordynatorów i asystentów. Doświadczenie psychjatryczne nie konieczne; natomiast pożądane są gruntowne wiadomości anatomopatalogiczne, serologiczne albo doświadczenie w medecynie wewnętrznej.

Kandydaci raczą załączyć przy podaniu krótkie curriculum vitae, świadectwo obywatelstwa polskiego, oraz ew. odbitki z swych prac naukowych. Warunki dogodne.

Zgłoszenia przyjmuje DYREKCJA.

K O N K U R S!

Starostwo Krajowe Pomorskie poszukuje lekarzy psychjatrów dla Krajowych Zakładów Psychjatrycznych w Kocborowie i Świeciu.

Pobory VI—VIII grupy w myśl ustawy z dnia 9. X. 1923 zależnie od praktyki w psychjatrji, oraz 15 proc. dodatek komunalny. Nadto dla VI i VII grupy specjalne wynagrodzenie od pacjentów I. i II. klasy.

Mieszkanie służbowe z wszelkiemi wygodami (światło elektryczne, wodociąg, centralne ogrzewanie i kanalizacja). Samotni mogą korzystać z kuchni zakładowej za niską opłatą.

Podania zaopatrzone w świadectwa, życiorys z podaniem praktyki w psychjatrji i referencyj, wnosić należy do Starostwa Krajowego Pomorskiego w Toruniu.